Rok XL. Kraków, 3 Sierpnia 1901. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, docent dentystyki i Prof. **Dr. Wachholz**, dyrektor zakładu.

II. O uszkodzeniach zębów.

Mechaniczne obrażenia zębów przedstawiają się w postaci zwichnięć (luxatio) i złamań (fractura) Rozróżniamy trojaki stopień zwichnięć: zwichnięcie 1-go stopnia polega na przerwaniu nerwu i naczyń u szczytu korzenia. Jeżeli to przerwanie będzie zupełne, wówczas ząb obumiera, przyczem zmienia pierwotną swą barwę na ciemniejszą. Taki ząb obumarły poznajemy tedy po ciemniejszem zabarwieniu, odróżniającem go od reszty, tj. zębów żywych, oraz po tem, że ząb ten będzie się chwiał w swej osadzie. W otoczeniu takiego zęba wytwarza się łatwo zapalenie okostnej, gdyż drobnoustroje zdolne są wywołać łatwiej w tem mniej odpornem miejscu objawy zapalne. Uratowanie w ten sposób wywichniętego zęba jest możliwe przez opatrunek antyseptyczny przewodu zębowego, do którego dostać się trzeba świderkiem od strony korony. W drugim stopniu zwichnięcia ulegnie ząb przemieszczeniu albo przed, albo poza szereg zębów istniejących. Uderzenie w tym razie musi być, jeżeli zęby były dobrze osadzone, silniejsze, niż w poprzednim. Zresztą wydarza się rzadko, aby pojedynczy ząb uległ przemieszczeniu, częściej znajdziemy ponadto wywichnięcie pierwszego stopnia zębów sąsiednich. Leczenie w tym przypadku jest dłużej trwające, bo oprócz leczenia, wymienionego poprzednio, trzeba odprowadzić ząb na właściwe miejsce i tu go ustalić zapomocą odpowiedniej maszynki, którą uszkodzony musi nosić przez 2—3 tygodni. Trzeci stopień polega na zupełnem wypadnięciu zęba z swej osady w jamie ustnej. W tym razie można popróbować natychmiastowej replantacyi, rozumie się z zachowaniem ostrożności przeciwgnilnych. Taka replantacya może się powieść, jednak najczęściej trzeba uważać ząb zupełnie zwichnięty za stracony i zastąpić go sztucznym. Złamanie zęba może dotyczyć albo części korony, albo jej całości. W pierwszym razie trzeba się przekonać, czy złamanie otwiera jamę, w której się znajduje miazga zębowa. Małe odłamki, a więc utrącenie narożnika, krawędzi zęba, odłamanie całej krawędzi, dadzą się zastąpić kawałkami porcelany bez naruszenia miazgi, tj. bez uczynienia zęba martwym. Skoro jednak raz jama miazgi będzie otwartą, nie da się miazga, a tem samem i ząb, utrzymać. Pierwszym aktem leczenia będzie zatrucie miąższu zębowego zapomocą ciasta (pasty) arszenikalnej, a następnym wyjęcie go, wyczyszczenie przewodu i osadzenie na ćwieczku złotym lub platynowym porcelanowej nasadki w miejsce odłamanej części korony. Te wszystkie dopełnienia odbitych kawałków korony, jakkolwiek na razie wyglądają efektownie, jednak nie zawsze trwale się trzymają, albowiem zależnem to jest od możliwości dokładnego umocowania. Zupełne odłamanie korony przebiega zwykle ku części językowej, tj. odłamek od strony miazgi jest zawsze wyższy, część zaś od strony języka będzie miała krawędź złomu niższą. Korzeń, tkwiący w zębodole, jest, jeżeli nie uległ wywichnięciu, dobrą i stałą podstawą do umocowania nowej sztucznej korony porcelanowej, osadzonej w przewodzie korzenia na ćwieku metalowym (tak zwany ząb ćwieczkowy). Sposób ten stanowi idealne zastąpienie zęba własnego, a umożliwia ono powrót do stanu prawie poprzedniego. Złamania, które łączą się zarazem z pęknięciem korzenia w jego długości, lub które uszkodziły korzeń zbyt głęboko, są w następstwach swoich daleko cięższe, gdyż osadzenie zęba ćwieczkowego jest wówczas niemożliwe i uciec się trzeba do innych sposobów osady zębów sztucznych, zastępujących wyłamane.

Omówione obrażenia zębów zdarzają się bardzo często w praktyce sądowo-lekarskiej, a ocena ich sprawia znawcy trudności o tyle, o ile ustępy ustawodawstw karnych, tyczące się uszkodzeń cielesnych, nie wspominają nigdzie o zębach. Tylko prawo rzymskie orzeka wyraźnie: *qui dentem ex gingiva excusserit libero homini, trecentibus assibus multatur, qui servo, centum et quinquaginta.* Starożytni wogóle krótko się załatwiali z osądzeniem za obrażenie zębów wedle krótkiej zasady „ząb za ząb“ lub „pieniądz za ząb“. Paweł Zacchias[1]) nie uznawał zębów za części ciała *(membra propria vel impropria)* i stąd uważał uszkodzenie zębów za mniej znaczne uszkodzenie, niż obrażenia istotnych części ciała. Zdaniem jego, chociaż zęby służą człowiekowi ku jedzeniu, mowie i ozdobie, przecież mogą być zastąpione przez zęby sztuczne

Przy ocenie obrażeń zębów mogłyby wchodzić w rachubę §§. 411, 152 i 156*a* austryackiej ustawy karnej, względnie §§. 223, 223*a* i 224 niemieckiej u. k., względnie §§. 1477—1482 rosyjskiej u. k., jakkolwiek, jak już nadmieniono, w ustępach tych niema nigdzie wyraźnej wzmianki o obrażeniach zębów. Zasadniczo przy ocenie tych obrażeń idzie o to, czy i kiedy należy je uznać za lekkie, względnie za ciężkie uszkodzenie ciała. W tym względzie trzeba, idąc za słusznem zdaniem Maschki, ściśle indywidualizować, a nie postępować, jak się to najczęściej zdarza, wedle

[1]) Pauli Zacchiae Romani totius status ecclesiastici protomedici generalis Quaestionum medico-legalium tomi tres. (Norimbergae 1726. pg. 414 Cap. XIX—XXII).

jednego, mniejwięcej utartego, szablonu. I tak utarł się u nas szablon uznawania wyłamania przynajmniej jednego zęba przedniego w całości, a drugiego takiego samego w połowie za tak zwane samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała w myśl ostatniego ustępu §. 152 u. k. Powodem tego szablonu jest następujący przypadek, omawiany przez Blumenstoka[2]): pewien mężczyzna rzuciwszy kamieniem z odległości czterech kroków na swego przeciwnika, wybił mu jeden ząb środkowy sieczny zupełnie, drugi zaś odłamał w połowie. Lekarze sądowi orzekli, że uszkodzenie to jest samo przez się ciężkie, a sąd w Korneuburgu zasądził sprawcę za zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała. W zgłoszonem przez zasądzonego zażaleniu nieważności nadmieniono, że powyższe uszkodzenie zębów nie może być w pojęciu prawnem uważane za ciężkie. Za ciężkie bowiem uszkodzenie uważa się te obrażenia, które sprowadzają zaburzenia w czynności jakiegokolwiek ważnego dla życia narządu, albo utratę, względnie bezużyteczność, potrzebnej części ciała. Trybunał Najwyższy odrzucił zażalenie nieważności i wyrok potwierdził, oświadczając, że w przypadku tym zachodzą znamiona przewinienia z §. 152*a* u. k., jeżeli się tylko zważy, że ważny dla zdrowia narząd, tj. uzębienie poszkodowanego, uległ na zawsze naruszeniu i umniejszeniu przez gwałtowne wybicie jednego siekacza, a odłamanie drugiego. Nie wchodząc bliżej w roztrząsanie tego przypadku, musimy stanowczo wystąpić przeciw szablonowemu uznawaniu wybicia półtora, względnie dwóch zębów za ciężkie uszkodzenie ciała; ocena bowiem w tych razach winna zależeć od licznych okoliczności ubocznych, a przedewszystkiem od tego, czy obrażone zęby były mlecznymi, czy też stałymi, czy były w całkiem dobrym, tj. zdrowym stanie, czy też przeciwnie w schorzałym. Wybicia zębów mlecznych, utrzymanych mimo dojrzałego wieku, lub u dzieci w wieku, w którym odbywa się drugie ząbkowanie, nie można uważać za samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała. Wprawdzie utrata zębów mlecznych bez względu na wiek dziecka jest mniej doniosłą z uwagi na to, że w miejsce ich występują zwykle zęby stałe, które brak ten potem wyrównają; jednak, jeźli utrata tych zębów spotka dziecię na dłuższy czas przed pojawieniem się drugiego ząbkowania, w takim razie pociągając za sobą upośledzenie żucia, uszkadza tak ważną dla dziecka czynność trawienia, a nadto wpływa niekorzystnie na rozwój szczęki i rozwój oraz ustawienie przyszłych zębów stałych. Usunięcie zębów mlecznych, dokonane w nieprzyjaznym zamiarze, może nieraz być dla uszkodzonego wręcz korzystnem, jak się to okazało w przypadku Gleitsmanna[3]). Pewien nauczyciel ludowy, trudniący się z amatorstwa wyjmowaniem zębów, ukarał ośmiu swych uczniów w wieku od 9 do 10 lat za niewłaściwe zachowanie się w ten sposób, że im powyjmował po jednym do trzech zębów mlecznych, za co oskarżony przez rodziców tych dzieci o ciężkie uszkodzenie ciała, stanął przed sądem. Zgodnie z tłómaczeniem się obwinionego stwierdził Gleitsmann, że usunięte przez nauczyciela zęby były zębami mlecznymi, w dodatku spróchniałymi i już ochwianymi, a wobec tego wyniku badania orzekł G., że czyn obwinionego nie sprowadził żadnej szkody dla zdrowia uczniów, lecz raczej był dla nich pewnem dobrodziejstwem. Sąd uwolnił nauczyciela od odpowiedzialności, natomiast władza szkolna wdrożyła przeciw niemu dochodzenie o niestosowne karcenie uczniów. Podobnie nie można uważać za ciężkie uszkodzenie ciała wybicia zębów spróchniałych, ropą dookoła otoczonych i stąd obluzowanych, jak to wynika z następującego orzeczenia, podanego przez Maschkę[4]): A. T., 45-letnią kobietę, uderzyła druga pięścią w twarz. Wezwany chirurg stwierdził zaraz wybicie jednego zęba siecznego i ochwianie dwu innych. Oględziny sądowo-lekarskie opiewały: 1) dziąsła są w szczęce dolnej jakby od zębów odciągnięte i mało jędrne, ani nie nabrzmiałe, ani nie zaczerwienione; 2) pierwszego górnego zęba siecznego i drugiego lewego dolnego zęba siecznego brak, jednak już od dawna, jak poszkodowana podaje i miejsca owe są zupełnie zabliźnione; 3) z pierwszego zęba siecznego dolnego lewego widać szczątek korzenia zgniłego, obydwa sieczne prawe nieco się chwieją. Orzeczenie: „Co się tyczy wybicia pierwszego lewego dolnego siecznego zęba i ochwiania dwu prawych dolnych siecznych, to nie można na pewne rozstrzygnąć, czy zmiany te wywołał uraz, gdyż ze stanu jamy ust można dojść do wniosku, że zęby te już przed urazem się chwiały. Jeżeli jednak przypuścimy, że uraz rzeczywiście miał miejsce, to następstwa, jakie wywołał, uważać musimy za lekkie uszkodzenie ciała ze względu na stan jamy ust, jaki znajdujemy“.

Ponieważ ustawodawstwa karne wymieniają między innemi kwalifikacyami ciężkiego uszkodzenia ciała także oszpecenie i to „w oczy wpadające“ (§. 156*a*. austr. u. k.), „znacznego stopnia“ (§. 224 niem. u. k.), „nie dające się zatrzeć“ (§. 1477 ros. u. k.), przeto zdarza się nieraz, że znawca lekarski korzysta z tej kwalifikacyi w przypadkach uszkodzeń przednich zębów i uznaje je za ciężkie, połączone z oszpeceniem poszkodowanego, nie zwracając wcale uwagi na to, że podciągnięcie uszkodzenia zębów pod cechę oszpecenia czyni zeń uszkodzenie, zagrożone w odnośnych ustawach bardzo ciężką karą (w Austryi karą ciężkiego więzienia od 5--10 lat; w Niemczech więzienia do 5 lat; w Rosyi zesłaniem na Sybir lub ciężkiemi robotami przymusowemi od 4—6 lat). I tak spotkaliśmy się niedawno z podobnem orzeczeniem, wydanem przez dwóch lekarzy, którzy bez namysłu uznali wybicie zapomocą łopaty dwóch zębów siecznych górnych i jednego dolnego u 73-letniego, wcale nieestetycznego i już do piękności światowej nie mającego pretensyi wiejskiego żebraka, za ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z wpadającem w oczy oszpeceniem! Skoro badanie dokonane przez jednego z nas (Wachholz) wykazało w wardze górnej po stronie wyłamanych zębów o brzegach dosyć gładkich, krwawe podbiegnięcie dziąseł w miejscu wyłamanych zębów, a nadto zęby wyłamane w stanie zupełnie zdrowym, przeto wydane przez nas orzeczenie opiewało: „obrażenia powyższe były wynikiem urazu, zadanego narzędziem tępokrawędzistem, którem mogła być łopata. Skoro wyłamane zęby były całkiem zdrowe, przeto wyłamanie trzech siecznych zdrowych zębów stanowi samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała po myśli ostatniego ustępu §. 152 u. k.; jednak uszkodzenie to nie sprowadziło bynajmniej oszpecenia, o jakiem mowa w §. 156*a* u. k.“. W po-

---

[2]) Lehre von den Verletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung. Maschka's Handb. d. ger. Med. Tübingen 1882. T. 1

[3]) Ausziehen von Zähnen als Mittel der Schuldisciplin. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1891. Berlin. Str. 83.

[4]) Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten Prag 1858.

wyższym przypadku wynikała niewłaściwość orzeczenia, uznającego wybicie trzech siekaczy za uszkodzenie, połączone z oszpeceniem, z niezrozumienia znaczenia tej kwalifikacyi. O oszpeceniu w pojęciu rzeczonych ustaw w danym przypadku już dlatego nie należało wspominać, że poszkodowany był starcem, a brak zębów jest do pewnego stopnia właściwością starczego wieku, oraz, że był on żebrakiem wiejskim, dla którego względy estetyczne nie mają żadnego znaczenia. Pomijając już przytoczony przykład, który ze względu na podniesioną mylność orzeczenia, wydanego przez pierwszych znawców, nie jest w praktyce sądowo-lekarskiej bynajmniej odosobniony, musimy nadmienić, że żadne z obrażeń zębów przednich, nawet u osób młodych, nie usprawiedliwia podciągnięcia go pod ustawową kwalifikacyę oszpecenia, a to dlatego, ponieważ oszpecenie to nie jest takiem, które nie dałoby się zatrzeć. Skoro sztuka dentystyczna nawet zupełnie bezzębnym przywraca zęby, wprawdzie sztuczne, ale czyniące zadość wszelkim wymaganiom estetycznym, przeto nawet wyłamanie wszystkich zębów przednich nie sprowadza trwałego i nie dającego się usunąć oszpecenia, a tylko o takiem mówią odnośne przepisy ustawowe.

Ocena uszkodzeń zębów zależeć musi od ich jakości, poprzednio już omówionej, oraz od ilości zębów dotkniętych obrażeniem. Samo przez się jest zrozumiałe, że niezupełne zwichnięcie zębów, które nie pociąga za sobą ich utraty, lub pęknięcie, względnie złamanie zęba, które się potem wygaja, nie może być zrównoważone z utratą całego zęba lub znaczniejszej jego części; obrażenia takie należy zatem uważać raczej za lekkie, niż za ciężkie uszkodzenie ciała. Odnośnie do ilości nie można utraty jednego zęba w całości lub części uznawać za ciężkie uszkodzenie ciała, albowiem wynikające stąd naruszenie nie jest tak znacznem, a nadto daje się ono zwykle z łatwością sztucznie wyrównać. Tem bardziej należy uważać za lekkie uszkodzenie ciała utratę zęba, który, czy to wskutek braku, czy wskutek wadliwego ustawienia zębów nie posiada antagonisty, albowiem ząb taki nie mógł żadną miarą spełniać przy żuciu swego zadania. Uszkodzenia większej liczby zębów stanowią już bez względu na swą jakość ciężkie uszkodzenie ciała (§. 152 austr. u. k.), albowiem dowodzą one większej siły zadanego urazu, upośledzają narząd żucia i do pewnego stopnia czynność trawienia, czynią (przy uszkodzeniu zębów przednich) mowę niezrozumiałą, zmniejszają naturalny wdzięk u osób młodych, zwłaszcza kobiet, a wreszcie przez możliwość silnego krwawienia lub następowego zakażenia jadem ropnym mogą stać się powodem dłużej trwającego naruszenia zdrowia, a nawet śmierci, wskutek przeniesienia się ropienia z szczęki górnej na opony podstawy mózgu, jak to np. miało miejsce w przypadku P a l t a u f a.

Na ocenę obrażeń zębów musi także wywierać wpływ szczególne ich zadanie w zawodzie poszkodowanego. I tak np. wedle dawnych przepisów, tyczących się uwalniania popisowych od służby wojskowej przy poborze, czynił brak przednich zębów bezwzględnie niezdolnym do tej służby, a to z tego powodu, że żołnierz musiał odgryzać koniec ładunku przed włożeniem go do strzelby. I dziś jeszcze widzimy, że np. szewc, chociaż nie musi, to jednak chętnie posługuje się zębami przy naciąganiu dratwy, że szwaczka zamiast przeciąć nitkę nożyczkami, odgryza ją itd Jeżeli w powyższych przykładach nie można mówić jeszcze o tem, iż szewc lub szwaczka tracą przez wybicie zębów przednich zdolność do zawodowej pracy, to przecież są zawody, które zębów wymagają koniecznie. Tak n. p. akrobaci i siłacze, walczący na płaską dłoń, dalej trębacze, potrzebują zębów do wykonywania swego zawodu. Przy zapasach siłaczy zachodzi nader silne zwarcie szczęk, raz wskutek samego przejęcia się i zapału, powtóre w chwili, gdy przeciwnik dokonywa dozwolonego chwytu pod brodę. Do jednego z nas (Ł e p k o w s k i) zgłosił się taki zawodowy siłacz z prośbą o sztuczne uzębienie w miejsce naturalnego, dotkniętego próchnicą. Sporządzono mu dwie protezy, jedną do żucia pokarmów, drugą bezzębną w postaci silnej kauczukowej szyny, którąby dozwalała na silny szczękościsk przy zapasach. Mimo dokładnego sporządzenia tej szyny i dalszych, łamały się one przy każdych zapasach, wobec czego, gdy sztuka dentystyczna była tu niezdolną zastąpić braków uzębienia naturalnego, siłacz ów, zawodowy zapaśnik, musiał dotychczasowy swój zawód porzucić. Trębacz, pozbawiony zębów przednich, nie może już oprzeć o nie za pośrednictwem warg nasady trąby, a wobec tego nie może się zdobyć na wydobycie czystego tonu z instrumentu. I tak pewnego muzykanta, grającego na trąbce, w chwili nagłego zatrzymania się całej orkiestry w pochodzie trącił przed nim idący kolega tak silnie w trąbkę, trzymaną przy ustach, że nasadka trąbki wybiła mu dwa dolne siekacze. Nastąpiła niezdolność do pracy zawodowej, tj. grywania na trąbce, którą usunięto (Ł e p k o w s k i) dopiero przez wprawienie dobrze oklamrowanych zębów sztucznych. Brak zębów uniemożliwia wykonywanie swego zawodu u ludzi, popisujących się gwizdaniem przez zęby, naśladującem śpiew ptaków, a upośledza w wysokim stopniu wywiązywanie się z zawodowego zadania artystom dramatycznym, śpiewakom, mowcom i t. d. W tych przytoczonych zawodach, z wyjątkiem akrobatów i siłaczy, brak naturalnego uzębienia w zupełności zastąpi sztuczne, nie pociągając za sobą niezdolności wykonywania nadal swego zawodu, jednak w każdym razie będzie ten brak u nich o wiele donioślejszym co do znaczenia, niż u ludzi innych zawodów.

Uwzględniając powyższe uwagi, dochodzimy do przekonania, że tylko orzeczenie, zastosowane do każdego przypadku obrażeń zębów z osobna, uwzględniające różne a omówione już okoliczności, może odpowiedzieć wymaganiom nauki, a tem samem i sprawiedliwości. W każdym tedy przypadku podobnych obrażeń winien znawca oprzeć swą ocenę na rozważeniu następujących okoliczności: 1) jakość i ilość uszkodzonych zębów; 2) wiek poszkodowanego, w szczególności, czy uszkodzone zęby były mlecznymi, czy stałymi; 3) jakim był stan zębów uszkodzonych przed zaszłem uszkodzeniem, tj. czy one były zdrowe i całe, czy schorzałe i nadwerężone; 4) jakie znaczenie ma dla poszkodowanego utrata danych zębów ze względu na żucie i wykonywanie zawodowej pracy; 5) czy i w jaki sposób powstałe wskutek urazu ubytki zębów naturalnych dadzą się zastąpić zębami sztucznymi i czy te sztuczne zęby będą w stanie i w jakim stopniu zastąpić zęby naturalne; wreszcie, 5) czy i w jakim stopniu uległy uszkodzeniu tkanki okoliczne, tj. kości szczękowe i części miękkie, oraz czy to uszkodzenie wywołało lub mogło było wywołać poważniejsze zaburzenia w reszcie ustroju. Zarazem musi znawca w swem orzeczeniu określić sposób powstania danego obrażenia zębów, oraz

narzędzie, którem je zadano. Powyższe uwagi wystarczą znawcy także i wtedy, gdy będzie miał za zadanie swego urzędu określić z obrażeń zębów utratę zdolności zarobkowania ze względu na ustawy o ubezpieczeniach od wypadków. (C. d. n.)

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii.

Grasica. — Przysadka mózgowa. — Jajniki.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Dokładniejsze nieco, a w każdym razie liczniejsze i ściślejsze, są badania drugiego narządu, którego znaczenie fizyologiczne do niedawna równie było ciemne, jak grasicy, badania przysadki mózgowej. Najwcześniej może zwróciła na nią uwagę patologia, upatrując w jej schorzeniu możliwą przyczynę powstawania akromegalii, choroby nie częstej, ale ciekawej, polegającej przedewszystkiem na zjawianiu się zmian przerostowych wogóle, zwłaszcza zaś w kościach. Ze stanowiska anatomii patologicznej wiele przemawia za związkiem takim. W najnowszych czasach popierają go także dokładne badania mikroskopowe Bendy[19]), który w kilku przypadkach akromegalii mógł stwierdzić wyraźne zmiany w utkaniu przysadki. Nie należy jednak zapominać, że podobne obrazy anatomo-patologiczne stwierdzano także w dwóch innych chorobach: w obrzęku śluzakowym i w matolectwie. W pierwszej z nich spotykał je dwukrotnie Ponfick[20]), w drugiej ten sam nawet Benda[21]). Dowodzi to z jednej strony, że schorzenia przysadki nie zawsze pociągać za sobą muszą akromegalię, z drugiej zaś uzasadniać może przypuszczenie, wypowiadane w ostatnich czasach dość głośno, że między czynnością gruczołu tarczykowego, a czynnością przysadki istnieje bliższy związek fizyologiczny.

W każdym razie na podstawie szczegółów, dostarczonych przez anatomię patologiczną, należałoby się spodziewać, że patologia doświadczalna powinna wyjaśnić biologiczne znaczenie przysadki, że przez usuwanie jej i śledzenie zmian, spowodowanych w ustroju przez wykluczenie tego narządu, da się określić jego rola, a przynajmniej utrwalić związek patologiczny między schorzeniami jego i tymi obrazami chorobowymi, w których schorzenia takie stwierdzano. I była istotnie chwila, w której na podstawie doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach, dochodzono do dodatnich w tym kierunku wyników. Nie udawało się wprawdzie wywołać doświadczalnej akromegalii, ale za to stwierdzano [Sacchi[22]), Vassala[23]), Gatta[24])] występowanie chery z towarzyszeniem kurczów drgawkowych i tężcowych; lub, jak w doświadczeniach Casseli[25]), cukromoczu, — wszystko szczegóły, dostrzegane wielokrotnie po wycięciu gruczołu tarczykowego. Pośrednie, ale nie podrzędne znaczenie miały także doświadczenia Hoffmeistra, Gleya, Rogowicza, wykazujące, że po wycięciu gruczołu tarczykowego u zwierząt przerasta przysadka mózgowa. Tego rodzaju wyniki stanowiłyby już poważny dowód na uzasadnienie pokrewieństwa biologicznego między gruczołem tarczykowym, a przysadką, oraz na ugruntowanie stanowiska fizyologicznego i ważności biologicznej samej przysadki mózgowej. W ostatnich jednak czasach osłabił bardzo ich znaczenie Friedmann[26]), który pospołu z Mossem przedsiębrał podobne badania. Zwierzęta, pozbawiane przez nich przysadki, znosiły bardzo dobrze ten rękoczyn, zupełnie nie chorowały, a zabite po kilku miesiącach nie okazywały pod względem obrazu anatomicznego żadnych takich szczegółów, któreby uprawniały do twierdzenia, że przysadka jest narządem niezbędnym do życia, lub też, że w razie jej braku zastępcze czynności obejmują inne gruczoły, zwłaszcza gruczoł tarczykowy. Tak więc drogą fizyologicznego wykluczenia nie udawało się osiągnąć pewnych i jednolitych wyników.

Więcej światła rzuciły na całą sprawę inne doświadczenia, posługujące się metodą wprost przeciwną, polegającą na wprowadzaniu do ustroju istoty, otrzymanej z przysadki i na śledzeniu wpływu tej istoty w różnych warunkach. Drogą tą poszli najpierw Oliver i Schäfer[27]) i oni pierwsi poznali wpływ wyciągów z przysadki na krążenie, stwierdzili doświadczalnie, że po wstrzykiwaniach takich wyciągów podnosi się parcie krwi. Szczegół ten potwierdzony został następnie przez innych badaczy, jak: Hovel[28]), Livon[29]), Cyon[30]), a w ostatnich czasach Osborne[31]). Nadto Livon znalazł, że w chwili działania wyciągów drażnienie nerwu błędnego nie wywołuje spadku parcia, ale przeciwnie, wzrost parcia i wolne, a nader silne wahania w jego wysokości.

Najdokładniejsze ze wszystkich są badania Cyona, który przeprowadził cały szereg doświadczeń i bardzo systematycznie zajmował się przysadką. Według jego poszukiwań wyciągi tak świeżego, jak i suszonego gruczołu, wstrzyknięte wprost do żył, wywołują zwolnienie tętna, podniesienie parcia krwi, wzmożenie siły skurczów serca, działają przeto na nerw błędny, względnie na jego ośrodek. Podobny skutek wywiera także bezpośrednie drażnienie przysadki, lub drażnienie, zwłaszcza chemiczne, rozgałęzień nerwu trójdzielnego w błonie śluzowej nosa, o ile zwierzęciu poprzednio nie usunięto przysadki, lub nie przecięto nerwów błędnych. Pod wpływem zadrażnienia nerwu błędnego rozszerzają się, jak to Cyon wykazał, naczynia gruczołu tarczykowego i wypełniają się obficiej krwią, a skutkiem tego słabszy staje się dopływ krwi do naczyń czaszkowych.

Zadanie fizyologiczne przysadki polegałoby zatem według Cyona na miarkowaniu krążenia i na regulowaniu dopływu krwi do mózgu. Gdy dopływ za obfity, ciśnienie śródczaszkowe za wysokie, ulega gruczoł silniejszemu po-

[19]) Benda: Deutsche med. Wochschft. 1900. VB. S. 47 i 288.

[20]) Ponfick: Zeitschft. f. kl. Med. T. XXXVIII.

[21]) Benda: Deutsche med. Wochschft. 1901. VB. S. 10.

[22]) Sachi: cyt. wedł. Casseliego Ref. Centrlblt. f. Stoffwechsel- u. Verdauungskrankheiten 1900, S. 157.

[23]) Vassale: *ibidem.*

[24]) Gatta: *ibidem.*

[25]) Casseli: Ref. Centrblt. f. Stoffwechsel u. Verdauungskrankheiten 1900, S. 157.

[26]) Friedmann: Deutsche med. Wochschft. 1900, VB. 271.

[27]) Oliver i Schäfer: Deutsche med. Wochschrift 1897, LB. S. 81.

[28]) Hovel: Deutsche med. Wochschft. 1898. LB. S. 128.

[29]) Livon: *ibidem.* LB. S. 171.

[30]) Cyon: Pflügers Archiv. LXXI S. 431, LXXIII S. 483, LXXXI S. 267.

[31]) Osborn: Deutsche med. Wochschft. 1900, LB. S. 58.

drażnieniu, wydziela w większej ilości właściwą mu istotę. ta podrażnia nerw błędny, wywołuje pośrednio zwężenie tętnic. a za to rozszerzenie naczyń gruczołu tarczykowego, które stanowią jakby rodzaj przyrządu regulacyjnego dla krążenia mózgowego; stąd mniejszy dopływ krwi do naczyń czaszkowych i spadek ciśnienia śródczaszkowego.

Nie zajmując się bliżej rozbiorem wyników doświadczeń, ani też hipotezą Cyona i nie poddając jej krytyce, podnieść w każdym razie należy wielokrotnie stwierdzony wpływ przysadki na krążenie, już z tego powodu, że podobnie działają przetwory gruczołu tarczykowego. Tem prawdopodobniejszy staje się przez to przypuszczalny związek fizyologiczny obydwóch wzmiankowanych narządów. Zdaje się, że polega on nie tyle na działaniu zastępczem, ile na uzupełnianiu się wzajemnem i równorzędnem w czynnościach fizyologicznych. Za takiem pojmowaniem rzeczy przemawiać by mogły także badania Schiffa[32]), zmierzające do poznania wpływu przysadki mózgowej na przemianę pierwiastków. Oznaczenia, wykonywane u 3 chorych, wykazały, jako stałe następstwo, wzmożone wydzielanie fosforu, przy braku wybitniejszych różnic w przemianie istot azotowych. A więc czynna istota, hipofizyna, jak ją Schiff nazywa, działa w pierwszym zakresie podobnie jak tyroidyna. Jakie ciała, względnie tkanki, zawierające fosfor, ulegają rozkładowi, orzekać naturalnie nie można, tak, jak nie można kruszyć kopii o to, czy słusznie, lub nie słusznie widzi Schiff powód większego wydzielania we wzmożonym rozpadzie kości, a powstawanie akromegalii skłonny jest pojmować jako następstwo rozpadu zmniejszonego, wywołanego wygaśnięciem czynności przysadki.

Praktyczne korzyści ze wszystkich dotychczasowych badań są prawie żadne. Sądziłby wszakże wypadało, że wpływ przysadki na krążenie zużytkować można w tych przypadkach, w których zależy na usuwaniu przekrwienia naczyń mózgowia, lub na podniecaniu włókien hamujących nerwu błędnego; być może, że wtedy działałaby przysadka skutecznie, przynajmniej jako lek objawowy, w niektórych przypadkach nerwic sercowych lub choroby Basedowa. Jest to wszakże tylko teoretyczne przypuszczenie, jakkolwiek nie pozbawione pewnych podstaw i logicznego uzasadnienia w badaniach fizyologicznych. Czy i o ile słusznie, — na to odpowiedź dać może tylko klinika, potwierdzić mianowicie wyniki doświadczeń na zwierzętach i utrwalić ostateczne, wysnute z nich wnioski, dorzucić w ten sposób poważny okruch do miary wiadomości naszych o przysadce mózgowej. Przesądzać jej w żadnym razie nie wolno. Może wypaść twierdząco, ale niebyłoby zbyt wielką niespodzianką, gdyby doświadczenie kliniczne nie potwierdziło odnośnie do chorych teoryi fizyologicznej, tak samo, jak w sprawie akromegalii nie utrwala poglądu patologii. Mimo wszelkich danych z anatomii patologicznej, wskazujących, że źródła tej choroby szukać trzeba w schorzeniu przysadki, mimo stwierdzonego doświadczalnie wpływu przysadki na wydzielanie fosforu, nie daje tak bardzo ponętna terapia substytucyjna istotnych wyników w tej chorobie. Przyznają to sprawozdania Rollestona[33]) i Broadbenta[34]), a jakkolwiek

[32]) Schiff: Zeitschft. f. kl. Med. XXII S. 285.

[33]) Rolleston: Lancet 1896. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897. S 351.

[34]) Broadbent: Lancet 1896. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 564.

Cyon[35]) w ostatniej swej publikacyi mówi o wpływie korzystnym „swoistego" leczenia. to jednak i on nie osiągnął nic więcej, jak tylko zmniejszenie się niektórych objawów, nie stwierdził zupełnego ustąpienia zmian przerostowych w kościach.

Przysadkę stosowali jeszcze w padaczce Mairet i Bosc[36]) i bynajmniej nie zachwalają jej działania; niekiedy nastawało nawet pogorszenie, napady stawały się częstsze i cięższe.

Tak więc znaczenie tego narządu w organoterapii jest prawie żadne. podobnie zresztą, jak i znaczenie omawianej poprzednio grasicy. Nie wynika z tego jednak, aby kliniczną stronę badań zostawić zupełnie na uboczu — i owszem, badania takie są bardzo pożądane i właściwe, chociażby dla tego tylko, że uzupełniać mogą wiadomości fizyologiczne i doświadczalno-patologiczne i ułatwiać dalsze badania, wskazując im cel i kierunek. (C. d. n.)

III. Wyciągi.

Schmidt. **W sprawie żywotności zarazka płonicy.** (*Münch. med. Woch.* 1901, Nr. 20). Drobnoustroje chorobotwórcze posiadają rozmaitą siłę zakaźną: dla odry podawano czas 2—3 tygodni, w którym drobnoustroje mogą wywołać zakażenie: dla płonicy czas ten ma być znacznie dłuższy; Sörensen, jako *maximum*, podaje 8 tygodni. Na dowód, że zakażenie może nastąpić i znacznie później, przytacza autor przypadek ciężkiej płonicy u położnicy, u której zakażenie nastąpiło w pierwszym dniu połogu wskutek przeniesienia jej na łóżko męża, który przed trzema miesiącami podczas służby wojskowej przebywał płonicę, obecnie jednak nie okazywał żadnych zmian. *P.*

Witthauer. **Przypadek porodu gwałtownego.** (*Münch. med. Wochens.* 1901 Nr. 21). Autor opisuje niezwykły przypadek porodu gwałtownego u wieloródki, która po użyciu większej ilości środka przeczyszczającego, zupełnie bez żadnych bólów i bezwiednie urodziła płód donoszony do naczynia nocnego. Podnosząc się dopiero z nocnika zauważyła oderwaną pępowinę, wiszącą z rodzącego się już ze szpary sromowej łożyska. Płód zupełnie był prawidłowo rozwinięty, lecz utopił się w treści nocnika. *P.*

Bünting. **W sprawie zastępczego krwawienia miesięcznego.** (*Deutsche med. Wochens.* 1901 Nr. 23). Autor przytacza przypadek krwawienia zastępczego z pęcherza, pojawiającego się zazwyczaj na dwa dni przed rozpoczęciem się miesiączki. Z chwilą wystąpienia właściwej regularności krwawienie ustaje, a mocz staje się zupełnie czysty i nie okazuje żadnych zmian nieprawidłowych. *P.*

Glaerecke. **Opadnięcie cewki moczowej u kobiet.** (*Deutsche med. Wochens.* 1901 Nr. 23). G. przytacza opis całkowitego wynicowania i opadnięcia cewki moczowej u 11-letniej dziewczynki, wyleczony zabiegiem operacyjnym. Według zdania G. opada tylko błona śluzowa cewki bez współudziału warstw głębszych: opadnięcie może być częściowe lub całkowite i dochodzić do bardzo znacznych rozmiarów, nawet do wielkości jaja kurzego. Znaczna wielkość pochodzi z obrzęku i zapalenia opadniętej części, która czasem nawet wskutek drażnienia może uledz zgorzeli. Za przyczynę tej choroby uważa G. zwiotczenie tkanek, czy to wskutek bardzo licznych porodów, czy też złego odżywienia, zwłaszcza u osób bardzo młodych, albo starych. Czynnikami wywołującymi jest parcie i uporczywy kaszel. Do objawów tego cierpienia należy ból przy siedzeniu i chodzeniu, utrudnione oddawanie moczu i częste krwawienie; zresztą objawy zależeć będą od wielkości opadniętej części i od zmian, jakie na niej powstały. Przy rozpoznaniu rozstrzygającem jest odszukanie światła cewki, przez które z łatwością cewnik do pęcherza wprowadzić się daje. Leczenie w początku polega na odprowadzeniu opadniętej części, noszeniu odpowiedniej podpaski, później na przyżeganiu opadającej części błony śluzowej, a w końcu na operacyi. Przechodząc różne sposoby operacyjne, daje G. pierwszeństwo sposobowi Singera, polegającemu na wycięciu od góry płatu owalnego, od dołu

[35]) Cyon: Pflügers Archiv. LXXIII S. 483.

[36]) Mairet i Bosc: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896, S. 1348

trójkątnego, którego szczyt sięga aż do błony śluzowej pochwy, podstawa zaś zwrócona ku górze. Powstałe rany zeszywa G. poprzecznie, przez co światło cewki podnosi się ku górze i zwęża. *P.*

Oppenheimer (Monachium). **O karmieniu noworodków mlekiem nierozcieńczonem.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXI, Zeszyt V i VI). Nie kusząc się wcale o otrzymanie pokarmu dla osesków, równowartościowego z mlekiem kobiecem, starał się autor to ostatnie zastąpić w sposób najkorzystniejszy dla ustroju oseska. Badania swoje przeprowadzał w sposób racyonalny, trzymając się wskazówek, podanych przez Czernyego; materyał swój podzielił na trzy grupy: 1. oseski zdrowe, 2. oseski z chorobami przewodu pokarmowego, i 3. oseski uwiędłe (atroficzne). Podawał on z początku mleko rozcieńczone po połowie z wodą i zwiększał stopniowo ilość mleka co drugi dzień o 100 grm., a ilość wody zmniejszał o 100 grm. W pierwszym miesiącu życia podawano dziennie 500·0, w drugim 450·0, a w 3-cim i 4-tym miesiącu 1000·0 dziennie, przy czem liczba dawek w pierwszych trzech tygodniach nie przekraczała ośmiu, w drugim do czwartego miesiąca — siedmiu, a w późniejszych miesiącach 5—6 dawek dziennie. Korzyścią podawania mleka nierozcieńczonego jest naturalnie łatwość jego przyrządzania, a przytem przyrost na wadze i rozwój ogólny znacznie lepszy. Liczby bowiem, otrzymane przez autora, są bezwarunkowo wyższe, aniżeli podane przez Camerera i Biederta. Wyniki te zachęcają zatem do stosowania tego sposobu żywienia noworodków z wyżej przytoczonemi zastrzeżeniami. *Jan Landau.*

Th. Tuffier. **Znieczulanie kokainą drogą rdzenia pacierzowego.** (*La Presse médicale*, 1901, Nr. 33). Tuffier wykonał czterysta operacyj w znieczuleniu drogą rdzenia i kładzie bardzo silny nacisk na technikę tego rękoczynu. Znieczulenie powinno się odbywać poza obrębem sali operacyjnej, dla uniknięcia wzruszeń wynikłych z widoku przygotowań i asystencyi. Do wstrzykiwań należy się posługiwać wyjałowioną, niezbyt dużą strzykawką z igłą włosowatą, a nie dość wielkim trójgrańcem, jak to czynili Corning i Bier. Nakłówanie trójgrańcem bowiem jest postępowaniem na ślepo, przy czem nie wiemy, czy jesteśmy już pod oponą pajęczą. Tuffier poleca do wstrzykiwań dwuprocentowy roztwór chlorku kokainy. Inne środki, jakoto: sztuczna surowica, eukaina, tropakokaina Mercka i roztwory izotoniczne z płynem mózgowo-rdzeniowym, wywołują słabsze znieczulenie, lub nie wywołują go wcale. Słabsze roztwory kokainy, niż 2-procentowe, wywoływały krótkotrwałe lub niedostateczne znieczulenie, a wstrzykiwania większej ilości roztworu należy unikać z powodu zwiększania się napięcia śródrdzeniowego. Nakłócie uskutecznia się w linii, łączącej kolce kości biodrowych, w pozycyi siedzącej chorego tak, aby powiększyć przestrzenie międzykręgowe. Z chwilą wypływu płynu mózgowo-rdzeniowego należy wstrzykiwać nader powoli, jeden gram płynu dłużej, niż minutę. Znieczulenie rozpoczyna się w kończynach dolnych lub częściach płciowych, co zależy od stosunku miejsca wkłócia do przebiegu nerwów.

Do stron ujemnych tej metody należy zaliczyć wymioty podczas operacyi, a bóle głowy po operacyi. Zaburzenia nerwowe są jednak przelotne i mijają bez śladu. Co do dotychczasowej śmiertelności 6 na 2000 przypadków, to po dokładnem rozpatrzeniu znanych dotąd przypadków śmiertelnych widoczną jest rzeczą, że były one już *à priori* bezwarunkowo stracone, (gruźlicze zapalenie opon mózgowych, ostra gruźlica ogólna), lub były to przypadki niedokładnie obserwowane, a które nie uległy autopsyi. *Dr. M. Blassberg.*

Bier. **Przyczynki do znieczulania drogą rdzeniową.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 34). Badania Biera odnoszą się do trzech punktów:

1) Zastępował on kokainę eukainą *B*. Do wywołania znieczulenia na mniejszej przestrzeni u dorosłych potrzeba 0·015—0·02 grm., operacye zaś powyżej miednicy wymagały dawki od 0·02—0·03 grm.

2) Przykre zjawiska zatrucia, pojawiające się często z powodu wstrzykiwań, jakoto: silne i długotrwałe bóle i zawroty głowy, wymioty, nudności, utrata łaknienia, bezsenność, dreszcze, podniesienie się ciepłoty ciała i uczucie ogólnego schorzenia mają swe źródło w działaniu na mózg i rdzeń przedłużony substancyj trujących, zawartych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uchronienia mózgu należy wywołać przekrwienie w czaszce, którego następstwem jest wypchnięcie ztamtąd płynu mózgowo-rdzeniowego. Do tego celu służy opaska kauczukowa, obciśnięta dokoła szyi, która powinna sprowadzić widoczny napływ krwi do twarzy, lecz bezwarunkowo nie powinna wywoływać innych poważniejszych zaburzeń. Zakłada się ją natychmiast po wstrzyknięciu kokainy i zostawia przez dwie godziny. Nie należy jej używać u chorych, dotkniętych miażdżycą tętnic. Postępowanie to znacznie zmniejsza przykre przypadłości.

3) Autor obniżał siłę trującą znieczulających substancyj, rozcieńczając je silniej i stosując roztwór, mający 5—8 mlgr. kokainy na 5—8 ctm³ wody. Ilość tę wstrzykuje w okolicę lędźwiową po wyciągnięciu wprzód takiejsamej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego. W ten sposób otrzymywał znieczulenie, sięgające aż do wysokości ramion. Mniejsze dawki, silnie rozcieńczone, można stosować tylko u chorych bardzo inteligentnych, gdyż one tylko znoszą czucie bólu, nie zmieniając czucia dotyku i ciepłoty. Chory zdaje sobie bardzo dobrze sprawę ze wszystkiego, co się robi. *Dr M. Blassberg.*

Carlo Ferrai (Genewa). **O pośmiertnem trawieniu.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XXI, Z. 2, 1901). Z szeregu doświadczeń, wykonanych na psach, które autor po podaniu im pewnej ściśle oznaczonej ilości skrzepłego białka natychmiast zabijał, a w różny czas potem badał treść żołądka, wysnuwa on następujące wnioski: żołądek zwierzęcia, które w chwili rozpoczętego trawienia zostało zabite, trawi dalej po śmierci. Pośmiertne trawienie skrzepłego białka w żołądku psa trwa około 7—8 godzin, a trwa ono tem dłużej, im wyższą jest ciepłota środowiska, w którem zwłoki spoczywają. Ciepłota ta wywiera większy wpływ na natężenie trawienia, które osiąga swój szczyt przy zewnętrznej ciepłocie 28°—30° C. Jeśli ciepłota wynosi więcej, niż 28°—30° C., wtedy jest żołądek zwłok w stanie w ciągu 10 godzin tyle strawić, ile żołądek zwierzęcia żywego w ciągu jednej godziny. Jeśli śmierć zwierzęcia następuje w chwili, w której trawienie już się rozpoczęło, to natężenie pośmiertnego trawienia nie zależy od tego, czy trawienie za życia mniej lub więcej postąpiło; jeśli jednak śmierć zwierzęcia nastąpiła w chwili rozpoczęcia jedzenia, to wówczas pośmiertne trawienie nie jest wybitne. Trawienie pośmiertne stoi w odwrotnym stosunku do ilości treści żołądka, to znaczy, że występuje tem słabiej, im więcej treści. *Horoszkiewicz.*

L. Bork. **Przyczynek do nauki o guzach torebki nerkowej.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Guzy, wyrastające z torebek i osłonek nerki, rzadko bywają przedmiotem operacyi. Dotychczas stało się to w 24 przypadkach (w tem dwa spostrzeżenia nowe). Klinicznie guzy te nie dają żadnych swoistych objawów, a sami chorzy zwracają na nie uwagę, gdy się już znacznie rozrosną. Anatomicznie bywają to tłuszczaki, tłuszczako-włókniaki, śluzako-tłuszczaki, bardzo rzadko mięsaki. Najczęściej przeto przy badaniu dają uczucie chełbotania i z zasady rozpoznaje się torbiele lub bąblowce. Ba, nawet podczas operacyi nierzadko trudno się zoryentować, z czem się ma do czynienia, i to tem trudniej, że wyrastając z wnęki nerek, obrastają i pokrywają zupełnie ten narząd. Nie dziw tedy, że na 24 operacyj 15 razy równocześnie najniepotrzebniej usunięto i nerkę. W przypadkach, przez autora opisanych, w jednym chodziło o tłuszczaka, wyrastającego z torebki nerki prawej u dziecka jeden rok liczącego; w drugim zaś o tłuszczako-śluzaka, który u 51-letniej kobiety wyrastał z torebki nerki lewej. W obu przypadkach usunięto guz, pozostawiając nietkniętą nerkę. *Herman.*

Hegar. **Niezwykłe uwłosienie.** (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Bd. IV.). Opisując pacyentkę, 21 lat liczącą, z uwłosieniem męzkiem całego ciała, u której znalazł nieprawidłowe sfałdowanie pochwy, nadto zagłębienie na przedniej wardze macicznej, tworzące jak gdyby podwójne ujście zewnętrzne, przytacza autor znaną mu literaturę. Według opisanych obserwacyj nadmiernego uwłosienia występuje ono często przy rozmaitych anomaliach, schorzeniach macicy, przy guzach jajników i sutków, przy akromegalii, chorobach umysłowych i u suchotników. *P.*

Beely. **Przyczynki do techniki wytwarzania kikutów przy amputacyach i eksartykulacyach na kończynie górnej.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Na podstawie przypadku wyłuszczenia ręki w stawie nadgarstkowym, dokonanego na płodzie śródmacicznie, radzi autor, aby końce kości pokrywać grubymi płatami mięsistymi i ścięgna przyszywać do skóry. Wytworzyć się wówczas może ryjek mięsisty, — jak w przypadku spostrzeganym, — poruszany czynnie we wszystkich kierunkach, który okaleczonemu nieocenione może oddawać usługi. *Herman.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stasiński: **Airol w postaci proszku lub maści w cierpieniach oka (szczególnie wrzodu rogówkowego).** (*Therapie der Gegenwart* V. 1901). W przypadkach wrzodów rogówki zastosował autor swój sposób leczenia, polegający na tem, że po przepłókaniu oka sublimatem 1:5000, oczyszczeniu dna wrzodu, smaruje je nalewką jodową, wstrzykuje 1—½ ctm. 5% roztworu soli kuchennej pod rogówkę, następnie przepłókuje sublimatem i wrzód cały posypuje airolem; w końcu zakłada opatrunek. W 6 godzin

zmienia opatrunek, wkrapla atropinę z kokainą i zasypuje airolem; w razie znacznej *myosis* można łączyć zasypkę airolową z atropiną *(atropin sulf. 0.03, airol 10.0)*. Gdy rana zaczyna się oczyszczać, zamiast zasypki airolowej stosować można maść airolową według następującego przepisu:

Rp. *Airoli 1.0.*
Atrop. sulf. 0.05.
Acid. boric. 0.4.
Vaselini albi 100, S. Maść.

Na podstawie kilkudziesięciu przypadków twierdzi autor, że postępując w powyższy sposób można obejść się bez zabiegów operacyjnych. *G.*

Dr. A. Schenk: **Leczenie niedokrewności fersanem.** *(Aerztl. Central-Zeitung* XIII. Nr. 16, 1901). Autor stosował fersan w przypadkach niedokrewności i błednicy z wynikiem dodatnim, gdyż odsetka hemoglobiny i ilość ciałek czerwonych się zwiększyła. Podawał fersan przez 6—8 tygodni, 3—6 łyżeczek dziennie w mleku lub wodzie ocukrzonej. Dzieciom podawano przetwór ten jako wyciąg fersanowo-słodowy w postaci powidełek. *G.*

Dr. Hrach: **Fersan w niedokrewności, powstałej po wrzodzie okrągłym żołądka.** *(Wiener med. Wochschft.* Nr. 23, 1901). Autor podawał fersan u 21-letniego żołnierza, wyniszczonego po wrzodzie okrągłym żołądka. Wynik był znakomity, gdy bowiem na początku leczenia ilość hemoglobiny wynosiła 40% (Fleischl), to po 5 tygodniach używania fersanu ilość ciałek czerwonych się zwiększyła, procent hemoglobiny wynosił 60%, a ciężar ciała wzrósł o 5 klg. *G.*

Dr. Friedländer: **O asterolu.** *(Deutsche Aerzte-Zeitung* Z. 8, 1901). Asterol jest to połączenie sulfo-fenyl-rtęciowe, zawierające 15% Hg. Rozczyn 4% asterolu odkaża w tym stopniu, co 1% rozczyn sublimatu. Według Schaergesa otrzymać można 8% rozczyn asterolu, gotując asterolu 8 gr., kw. borowego 6 gr., wody 60 gr., 25 gr. *liq. ammon. caust. dupl.* (20%) — a następnie odparowując z 100 cm. wody. Zaletą tych rozczynów asterolowych jest to, że nie niszczą narzędzi (nie strącają bowiem białka) metalowych ani gumowych.

Wstrzykiwania śródmiąższowe z rozczynu 5% lub 8% asterolu stosowane w kile są mniej bolesne, a co do skuteczności równają się wstrzykiwaniom sublimatowym. Rozczyn 5% asterolu stosować można w nieżytach pęcherzowych bez wywołania objawów zapalenia i bólów (sublimat w takich przypadkach używać można w rozczynach 1:20.000). *G.*

Dr. Stekel: **Leczenie gruźlicy w wieku dziecięcym.** *(Centralblatt f. gesammte Therapie, Mai* 1901). Autor nie podziela ogólnego zdania, że gruźlica u dzieci jest nieuleczalną, lecz na podstawie długoletnich spostrzeżeń twierdzi, że jest uleczalną przy odpowiedniem leczeniu fizykalno-dyetetycznem. Autor zwraca głównie uwagę na poprawę odżywienia, którą sprowadza przez podawanie siroliny. Sirolina jest zdaniem autora nietylko lekiem niejako swoistym dla gruźlicy, lecz działa także jako *stomachicum;* pobudza bowiem łaknienie i wpływa korzystnie na trawienie. W przypadkach, w których stosowano sirolinę, w krótkim czasie objawy przysłuchowe ustępowały, a stan ogólny znacznie się poprawiał. Autor podaje dzieciom do 2 lat po 2 łyżeczki dziennie, starszym dzieciom 2—3 łyżki stołowe; po tygodniu podaje dziennie 4 łyżki siroliny. Nawet przy długiem stosowaniu żadnych ubocznych objawów sirolina nie wywoływała. *G.*

V. Listy z Syberyi.

W czerwcu 1901 r.

Nieco o wiejskiej i miejskiej służbie zdrowia. Ociemniali w Syberyi według sprawozd. Oddziału ocznego.

Dzisiejszą moją korespondencyę poświęcam choć w ogólnych zarysach pomocy lekarskiej, udzielanej ludności we Wschodniej Syberyi. Na wszelkich polach pracy widzimy tu niezaprzeczony postęp. Dzięki ułatwionej komunikacyi kolejowej staniały produkty żywności i wszelkie artykuły przywozowe. Prócz wciąż napływających przesiedleńców, przybyło sporo ludzi z t. zw. inteligencyi, bądź jako urzędnicy kolejowi i sądowi, bądź jako handlarze i przedsiębiorcy. Zwiększono także liczbę i etat policyi, wprowadzono t. zw. naczelników włościańskich i t. p., lecz — najmniej reform dotarło do stanu lekarskiego i jego instytucyj, traktowanych jak dawniej po macoszemu. Prawda, liczba lekarzy w bardziej zaludnionych punktach Syberyi znacznie się powiększyła, wytwarzając i tu konkurencyę; wielu specyalistów zakłada w większych miastach lecznice, nawet zaczęli się osiedlać lekarze wolnopraktykujący, których dawniej w Syberyi nie było, lecz ludność wiejska na tem mało zyskała, gdyż dzięki ogromnym przestrzeniom często bywa pozbawioną zupełnie pomocy lekarza, apteki i szpitala. Nie mam tu na myśli północnej części Syberyi, obwodu jakuckiego, przymorskiego lub przyamurskiego, gdzie na ogromnych obszarach zrzadka tylko rozrzucone są jurty koczowniczych krajowców, a lekarz nie ma wcale pola do działania; tysiące ludzi ginie od głodu i zimna, kiła, trąd lub choroby nagminne mnóstwo zabierają ofiar, bliżej zaś miast pijaństwo i wyzysk kupczących wyczerpują siły nieszczęśliwej ludności, skazanej na powolne wymarcie. Klimat surowy, ziemia pozbawiona prawie roślinności, pożywienie marne, składające się przeważnie z ryby, wytwarzają tu warunki bytu, których nawet bardziej cywilizowana ludność nie mogłaby wytrzymać. Czynność lekarska ogranicza się tu wyłącznie do formalności kancelaryjnych, a obowiązki lekarza prawie się nie różnią od obowiązków zwykłego urzędnika policyjnego. Inaczej przedstawia się gubernia jenisejska i irkucka, szczególniej pierwsza z bogatą w swych południowych częściach glebą, obfitością zwierzyny i ryb; w ostatnich latach zaludnili je przybysze z Rosyi europejskiej, a obecnie zaczęła tu podążać i nasza ludność z kraju zachodniego, a w części z Królestwa; ogólną liczbę wychodźców do Syberyi w ostatnich 3 latach obliczają na przeszło 1 milion, co równa się $^1/_6$ całego zaludnienia Syberyi. Od r. 1897 wprowadzono wprawdzie we wschod. Syberyi nową organizacyę pomocy lekarskiej po wsiach, lecz nie widać dotąd skutków tego zarządzenia. Ze sprawozdań urzędowych dowiadujemy się, iż z szeregu szpitali, które miały powstać w gub. jenisejskiej przed trzema laty, otwarto dotąd tylko 3, a zamiast 220 stałych miejsc istnieje tylko 110. Lecznice mieszczą się w prostych chatach włościańskich, najmowanych przez gminy wiejskie; oto, jak jedną z nich opisują gazety miejscowe: „W Jałaniu izba w chacie chłopskiej z trzema łóżkami; mężczyźni i kobiety leżą razem; dodatkowe czwarte łóżko postawione w wązkim przedpokoju. Wentylacyi brak zupełny, powietrze nieznośnie ciężkie, na ścianach pełzają tarakany. W przedpokoju sąsiednim mieści się apteka i tu też przyjmuje się chorych. W trzecim pokoju mieszka położna, jednocześnie zawiadująca częścią gospodarczą.“ We wsi Tasiejewie chorych na ospę przeniesiono podczas epidemii do t. zw. trupiarni, gdzie wynoszą zmarłych. Brak lekarzy przy ogromnych przestrzeniach gubernii, zbyt skąpe środki wyznaczone na lekarstwa, stwarzają dla pomocy lekarskiej po wsiach warunki wielce trudne, a nieraz zupełnie paraliżują jej działalność. O podziale i wielkości okręgów lekarskich sądzić trudno przy nieustannym ruchu przesiedleńczym. W ostatnich latach osadzono pustkowia, leżące w powiatach kańskim, minusińskim i aczyńskim i ilość wsi prawie wszędzie się podwoiła. Wedle zestawień oddziału syberyjskiej kolei w ciągu ostatnich tylko 3 miesięcy 1895 r. przybyło w gub. jenisejskiej 7400 osadników, a z wiosną 1896 roku przybyły jeszcze dziesiątki tysięcy. Przybysze przynieśli choroby, mało tu przedtem znane, odrę, płonicę, błonicę, które panują teraz nagminnie i czynią wielkie spustoszenia wśród ludności. Nowe zupełnie warunki życia, ciężka praca, niedostateczne odżywianie, przyczyniają się również do rozwoju różnych chorób i ogromnej śmiertelności pośród przesiedleńców, a lekarze okręgowi (uczastkowi), obarczeni ogromną pracą, poprostu nie mogą nawet przelotnie zaglądać do rozrzuconych po tajdze, nowo założonych wsi. Utrudnia jeszcze pomoc lekarską niewłaściwy podział okręgów, jakby w szachownicę, tak iż jeden przecina drugi. Niejeden okręg jest oddalony od mieszkania lekarza o dziesiątki wiorst, nieraz więc epidemia sama wygasa,

zanim lekarz lub felczer zdołają przybyć na miejsce. Nie lepiej dzieje się ze środkami leczniczemi. Według urzędowego okólnika wartość lekarstw na chorego przychodniego nie powinna przenosić 5 kop., a w lecznicy 3 kop. dziennie; często chorzy całymi tygodniami nie dostają wcale lekarstw, gdyż przesyłka ich przez policyę idzie nadzwyczaj wolno. Nic też dziwnego, iż coraz bardziej rozwija się znachorstwo, jako skutek ciemnoty i braku cywilizacyi; o walce z niem lekarze prawie myśleć nie mogą, bo wprost brak do tego środków. W czasie n. p. rzadkich przejazdów w odległej tajdze zwraca się do lekarza chory z zastarzałą zimnicą lub nieżytem żołądka; lekarz udziela mu szczyptę jakiego lekarstwa i na tem się leczenie kończy, lub na całe miesiące odkłada: cóż wówczas innego może zrobić chory, jak nie szukać pomocy u bab i znachorów. Ten stan rzeczy wywołuje skargi lekarzy, ze wszech miar słuszne; wszak wedle nowej ustawy, obowiązującej od lat trzech w tych guberniach, jeden i ten sam lekarz musi leczyć chorych przychodnich, prowadzić lecznicę, jest lekarzem sanitarnym, znawcą sądowym i otrzymuje za to 1500 rub. Jego również obowiązkiem jest spieszyć w okręgu z pomocą położnicom, ciężko chorym, ranionym, walczyć z chorobami zakaźnemi, stawiać się na wezwanie sądu lub policyi, robić obdukcye sądowe, w przypadkach nagłej śmierci wydawać orzeczenia, przeprowadzać oględziny sanitarne miejscowości, wody, produktów żywności itp. Nadto on również sprawuje nadzór nad felczerami, akuszerkami, zajmuje się szczepieniem ospy, wreszcie część gospodarcza i prowadzenie rachunków w lecznicy, często dosyć obszernych. Czyż w tych warunkach można od lekarza żądać sumiennego wypełniania tak licznych i różnorodnych obowiązków?

Jeżeli taki stan istnieje w guberniach, w których wprowadzono już reformę sanitarną, to cóż mówić o obwodzie zabajkalskim, gdzie obowiązuje jeszcze dawna ustawa a pomoc lekarska literalnie równa się zeru. Ogromny ten kraj, większy niż nie jedno z państw europejskich, jest bardzo słabo zaludniony; na 690 tysięcy ludności $^1/_3$ stanowią koczujący Buryaci (220 tys.) a z pozostałej reszty 50 tysięcy Staroobriadcy różnych sekt, którzy zupełnie się nie udają do lekarzy, uważając to za grzech; Buryaci zaś zadawalniają się swymi buddyjskimi łamami (do których częstokroć zwracają się i Rosyanie), pozostaje więc 470 tysięcy, które się udają do lekarzy. Z ludności tej przypada wedle stanów $^2/_3$ na włościan, a $^1/_3$ na kozaków. Sprawy sądowe, obdukcye, orzeczenia i wszelkie czynności sanitarno-policyjne są zadaniem lekarzy okręgowych, a pomoc lekarską dla ludności wiejskiej nieść mają lekarze t. zw. uczęstkowi wraz z kilku felczerami. Okręgi włościańskie posiadają jednego wiejskiego lekarza, okręgi zaś kozackie po dwóch uczęstkowych; ich pieczy powierzone są wsie, rozrzucone na ogromnych przestrzeniach. W paru gminach istnieją wprawdzie lecznice na kilka łóżek, lecz tylko na papierze. Dla ludności kozackiej są dwa szpitale na 30 łóżek, lecz często z powodu odległości chorzy nie mogą z nich korzystać, nieraz brak też lekarstw i odpowiedniego dozoru, tak że szpitale te są raczej przytułkiem dla starców i niedołężnych. Ludność włościańska i tego jest pozbawioną. Lekarz wiejski, jeden na cały okrąg, ciągnący się nieraz na przestrzeni 1000 wiorst, z ludnością od 80—150 tysięcy, bywa zaledwie co parę lat w odleglejszych wsiach i to wówczas, gdy trzeba stwierdzić jakąś chorobę zakaźną. Częściej nawiedzają chorych felczerzy, których w okręgu bywa 3 do 4. Ludność miejska ma wprawdzie dostateczną pomoc lekarską i 3—4 szpitali, utrzymywanych przez miasta, lecz szpitale te wiele pozostawiają do życzenia. W Czycie, mieście obwodowem, żydowsko-urzędniczem, istnieje lecznica na 10 łóżek, mieszcząca się w chacie o dwóch izbach, przedzielonych przegródką, nie sięgającą powały; tu mieszczą się razem chorzy, kobiety i mężczyźni, izba dla przyjmowania chorych przychodnich, felczer i usługa. W Troickosawsku i Wierchnieudinsku lecznice są nieco lepiej urządzone; jednakże w tem ostatniem zapełniają ją przeważnie przybysze z istniejącego tam centralnego więzienia i żołnierze, tak że dostęp dla miejscowej ludności jest wielce utrudniony. Zarządy miast, szczególniej Troickosawska, uważają szpital za rodzaj przedsiębiorstwa, które powinno przynosić pewne korzyści i pobierają od swych mieszczan po 15 rs. miesięcznie, a od chorych innych stanów po 25, na co niewielu chorych zdobyć się może. Mówiąc o pomocy lekarskiej wspomnieć muszę o aptekach, których w kraju zabajkalskim jest 6, z nich 3 są własnością miast, a wszystkie wskutek złej administracyi wiele pozostawiają do życzenia.

Leży przedemną broszurka „O ślepych w Syberyi“, sprawozdanie ruchomego oddziału okulistycznego, wysłanego przez rząd do Syberyi z funduszów komisyi przesiedleńczej przy współudziale kuratoryum ociemniałych. Oddział ten, wysłany w lutym 1900 r. w celu niesienia pomocy chorym na oczy w Syberyi, składał się z głównego lekarza Dr. Puciaty, Kerszbaumera, 3 lekarzy pomocników, felczerki i siostry miłosierdzia; wymagał on znacznych nakładów, gdyż prócz przejazdów musiał pielęgnować operowanych. Stąd też utrzymanie oddziału kosztowało miesięcznie przeciętnie przeszło 2500 rubli, w czem przyszła mu w znacznej części z pomocą dobroczynność publiczna. Czynność oddziału zześrodkowała się wzdłuż linii zachodniej kolei syberyjskiej w obwodzie akmolińskim gub. tomskiej, w części w guberniach tobolskiej i jenisejskiej, w miejscowościach, gdzie zamieszkuje największa ilość przesiedleńców. Oddział w ciągu 9 miesięcy przyjął przeszło 9 tysięcy chorych, przyczem operacyj dokonano 3500. Lekarze oddziału rozdzielili się w celu spieszenia z pomocą bardziej oddalonym chorym; pobliscy miejscowi lekarze przyjmowali również udział w czynności oddziału, dopełniając w ten sposób swe wiadomości w zakresie chorób ocznych. Z udających się o pomoc ogromny odsetek był nieuleczalnie ślepych (28%); z pozostałych tylko połowie można było udzielić pomocy. Wśród chorych przychodnich spotkało się najrozmaitsze narodowości, w tej liczbie miejscowi sybiracy, inorodcy, kirgizi, tatarzy, ostjacy itd.

Wedle sprawozdań nie ma nigdzie tak znacznej liczby chorych na oczy, jak w Syberyi i nigdzie tylu ślepych, jak w zachodniej Syberyi. Oddział oczny zwrócił się więc do ofiarności publicznej, proponując otworzenie przytułku dla ślepych w jednem z miast syberyjskich; obecnie ci nieszczęśliwi wszelkiej prawie pomocy są pozbawieni. Oprócz kliniki przy uniwersytecie Tomskim (na 10 łóżek), małej lecznicy dla ślepych imienia cesarzowej Maryi Aleksandrowny w Usoliu (pod Irkuckiem), jednego łóżka przy szpitalu minasińskim nie ma w Syberyi żadnych zresztą lecznic i zakładów dla chorych na oczy; przytem bardzo niewielu miejscowych lekarzy zajmuje się temi chorobami; wschodnia Syberya jeszcze w gorszem położeniu. Nowy oddział oczny zamierza w roku bieżącym objechać gub. jenisejską i irkucką, a w roku 1902 odwiedzić obwód zabajkalski i kraj nadamurski, w nadziei że wobec ważności tego przedsięwzięcia ofiarność publiczna przyjdzie mu z pomocą.

Jan Iłgowski.

VI. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r.

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

Jak mało który z poprzednich, powiódł się pod każdym względem Zjazd XI. Złożyło się na to wiele warunków: zapobiegliwość stałego prezesa, gościnność i szczera ochota obecnego gospodarza kliniki chirurgicznej krakowskiej, niezwykle liczny Zjazd chirurgów i lekarzy, szczególnie chirurgią uprawiających, wreszcie obfity program. Na listę uczestników obecnego Zjazdu wpisało się prawie 70 członków, a liczbę tę znakomicie powiększali goście, głównie

z grona profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego i wybitniejszych lekarzy krakowskich.

Szczególnie mile widzianymi byli dyrektorowie szpitali prowincyonalnych, którzy w tym roku stawili się liczniej, niż kiedykolwiek. A szczerem sercem i braterskim uściskiem dłoni witaliśmy lekarzy Polaków, którzy przybyli z dalekiego wschodu, z Kijowa i z Baku.

W poniedziałek (15 b. m.) o godzinie 8-mej rano przedstawił Prof. Kader swą klinikę i pozostających w niej chorych, poczem o 9-tej rano otworzył Radca Dworu Profesor Rydygier pierwsze posiedzenie. Z radością witając przybyłych stwierdził, że ilość członków i dobór wykładów zgłoszonych pozwalają jak najlepiej wróżyć obecnemu Zjazdowi. W dłuższem przemówieniu oddał cześć pamięci niedawno zmarłego Drobnika, najczynniejszego członka naszych Zjazdów. Przemówienia tego wysłuchali zebrani stojąc. Poczem w ogólnych zarysach przedstawiwszy dobytek z ubiegłych 10-ciu Zjazdów, prosi przewodniczący o uchwałę, pozwalającą na wydrukowanie, choćby tylko w streszczeniu, sprawozdań z tych „Zjazdów“, z których „Pamiętnik“ nie został wydrukowany.

Po ukonstytuowaniu się prezydyum (prezes Radca Dworu Prof. Rydygier, sekretarz Docent Bossowski, skarbnik Prof. Trzebicky) zaproszono przez aklamacyę na wiceprezesa Prof. Kadera, na prezesów honorowych: Prof. Wehra, Dra Oderfelda, Dra Rostka, Dra Bogdanika, Dra Czaplickiego; a na sekretarza honorowego Dra B. Kozłowskiego z Drohobycza.

Rozprawy o raku.

Pierwszy wykład wygłosił:

1. P. Kučera (Lwów). **Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka** (z demonstracyami).

Szukając przyczyny raka wzbogacono w ostatnich latach w niejednym kierunku i znajomości dotychczasowe o *histogenezie*, o samym sposobie powstawania raka. Dawny spór Virchowa z Remakiem, czy rak może pochodzić ze składników tkanki łącznej, czy też jest on pochodzenia przybłonkowego, rozstrzygnięto w myśl Remaka, że każda komórka miąższowa raka powstała z komórki przybłonkowej (Thiersch-Waldeyer).

Bujanie rakowe może rozpoczynać się tylko na pewnem, ściśle ograniczonem miejscu (Ribbert), lub może ono zaczynać się w kilku oddzielnych miejscach równocześnie (Hauser, Petersen), lub nawet cały organ może okazywać skłonność do zwyrodnienia rakowego (Waldeyer).

Znacznie przyczynili się do zrozumienia biologii raka Hansemann i Hauser, którzy udowadniają, że rozwój raka może polegać tylko na zasadniczej zmianie charakterów biologicznych komórki przybłonkowej (anaplazya) i tylko dzięki takiej wewnętrznej zmianie komórka przybłonkowa nabywa własności, rzecby można, pasorzytniczych. Autorowie ci nie zgadzają się z zapatrywaniem Ribberta, według którego bujanie rakowe przybłonka jest sprawą następową po zmianach twórczych w tkance podprzybłonkowej.

Wyliczając następnie właściwe *teorye etyologiczne*, zaczyna sprawozdawca od zapatrywania Thierscha, którego zdaniem przyczynę raka stanowi zanik tkanki łącznej na starość, upadanie jej w walce z przybłonkiem, w walce, która istniała przez całe życie. Dziś jednak wiedząc, że często właśnie przybłonek prędzej ulega zanikowi, niżeli tkanka łączna, i znając złośliwy przebieg raka u osobników młodych, przyznajemy czynnikowi Thierscha tylko znaczenie pomocnicze.

Cohnheim upatruje punkt wyjścia raków, jak i przyczynę nowotworów wogóle w tem, że cząstka jakiejś tkanki w czasie rozwoju dostaje się w nieodpowiednie miejsce. Jako teoryę histogenetyczną przyjmujemy zapatrywanie to dla niektórych nowotworów (guzy Grawitza w nerkach, nowotwory typu potworniakowego), lecz co do etyologii, to sam fakt takiego zabłąkania tkanek nie wystarcza do wyjaśnienia przyczyny.

Niektórzy autorowie (pierwszy już Virchow) wprowadzają *uraz* w bezpośredni związek przyczynowy z rakiem. Zapatrywanie to opierają na danych statystycznych, na różnych spostrzeżeniach klinicznych (n. p. iż raki występują po urazach drobnych, powtarzających się, w bliznach, wrzodach, toczniu, po kamicy i t. d.) i na doświadczeniach na zwierzętach (Brosch). Uraz ma niewątpliwe znaczenie w powstawaniu raka, a nawet sam przez się może być wystarczającą przyczyną niektórych raków, (np. raków skórnych wargi), lecz w przeważnej części przypadków ułatwia on tylko działanie właściwego czynnika przyczynowego.

Podobnie i cały szereg innych czynników, przytaczanych w etyologii raka, n. p. dziedziczność, wpływ pokarmów i napojów, wpływy teluryczne, stosunki higieniczne itd. mogą odgrywać co najwyżej rolę podrzędną, pomocniczą. W końcu zwraca się K. do badań nad pasorzytniczem pochodzeniem raka. To zapatrywanie starają się poprzeć jego zwolennicy przytoczeniem analogii między pewnymi objawami klinicznymi raka *(carcinosis miliaris)* i szerzeniem się gruźlicy (*tbc. miliaris*), następnie zapomocą przeszczepiania raka na zwierzęta itd. Jednakże analogia ta jest tylko pozorną, gdyż n. p. oba wymienione zjawiska wyjaśnia nam mechanizm przerzutów, zwykłe przeszczepienie bez żadnego zarazka.

Co do opisywanych pasorzytów raka, to są one albo przypadkowem zanieczyszczeniem, [wszystkie opisywane bakterye rakowe lub drożdże (*saccharomycetes*)], albo nie są one wcale pasorzytami, lecz poprostu zmienionymi składnikami ustroju, lub samego raka („inkluzye“ rakowe, kokcydya, rhizopodya). Doświadczalnie nie udało się dotąd żadnemu z autorów wywołać raka zapomocą rzekomych pasorzytów; wszystkie opisywane nowotwory doświadczalne są to tylko sprawy twórczo-zapalne, wywołane przez wprowadzone drobnoustroje.

Nie znaczy to, jakoby rak wogóle nie mógł z pasorzytami stać w żadnym związku, lecz tylko tyle, że do dziś związku tego nie udowodniono niczem. Zapatrywanie swoje streszcza sprawozdawca w następujących zdaniach:

1. Rak jest objawem pewnego rodzaju zwyrodnienia przybłonka, pewnej wewnętrznej zmiany w charakterze komórek przybłonkowych, objawiającej się nieograniczonym rozrostem miejscowym i czasowym i spowodowanej wśród pewnych warunków usposabiających czynnikiem szkodliwym.

2. Ta wewnętrzna zmiana komórek przybłonkowych, dążąca do emancypacyi samodzielność komórek, jest pierwotnem dziełem owego szkodliwego czynnika, a nie jest zjawiskiem następowem, (jak twierdzi Ribbert).

3. Zwyrodnieniu rakowemu może uledz — i z reguły ulega — każdy prawidłowo ułożony przybłonek, a wcale nie jest koniecznem jego przemieszczenie (teorya Cohnheima, Ribberta).

4. Jako czynnik usposabiający można przyjąć naruszoną równowagę między pojedynczemi tkankami n. p. w starości (teorya Thierscha), dalej działanie urazów i odziedziczone osłabienie tkanek. Wątpliwym jest wpływ innych czynników (pokarmu, stosunków higienicznych i t. d).

5. Ostateczny czynnik szkodliwy nie jest jeden, lecz może być różnorodny:

a) Jednym z czynników takich może być uraz, który w takim razie z czynnika usposabiającego (4) staje się przyczyną główną.

b) Innym takim czynnikiem mógłby być pasorzyt, lecz dotąd go nie znamy, a nawet dowodów, zmuszających nas do przyjęcia pasorzyta, niema. (Autoreferat).

2. S. Ruff (Lwów). **O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.**

Omówiwszy pokrótce historyę teoryi urazowego pochodzenia nowotworów, rozbiera sprawozdawca krytycznie najnowsze w tym względzie zapatrywania Broscha i innych. Obszerna statystyka wykazała, że tylko pewna i to dość mała część nowotworów może mieć za przyczynę uraz. Sprawozdawca badał materyał kliniki chirurgicznej lwowskiej w tym kierunku, trzymając się następujących wytycznych: 1) nowotwór musi powstać w miejscu urazu; 2) musi być niewątpliwie stwierdzone, że przed zadziałaniem urazu nie było nowotworu; 3) pomiędzy zadziałaniem urazu a powstaniem nowotworu nie może upłynąć czas zbyt długi (3—4 lat). Wyniki tych badań są następujące: Na 242 nowotworów złośliwych było tylko 10 takich, które stanowczo można było odnieść do urazu, jako głównej przyczyny, zatem 4,1%. Wyniki te zgadzają się z wynikami badań, ogłoszonych niedawno z klinik niemieckich, a podających 2—3—4%.

Na tej podstawie wyraża mowca zapatrywanie, że w pewnej (stosunkowo małej) ilości przypadków można uraz uważać za czynnik bezpośrednio etyologiczny w powstaniu nowotworów złośliwych. Zapatrywanie to popiera liczną kazuistyką, nie wdając się w krytykę wszystkich teoryj powstawania nowotworów, których wyrażone zapatrywanie nie wyklucza. (Autoreferat).

3. Juras (Kraków). **O leczeniu raków arszenikiem.** J. przedstawia kilkunastu chorych z oddziału Prof. Trzebickyego, przeważnie z rakiem wargi dolnej, leczonych pędzlowaniem 1% roztworem kwasu arsenowego (Černý i Trunečék). Mimo stosowania tego leczenia przez czas dłuższy u żadnego chorego nie zauważono poprawy. J. odmawia przeto temu sposobowi leczenia jakiegokolwiek korzystnego wpływu na raki.

Dyskusya:

Browicz przypomina swe wykłady o pasorzytniczej teoryi nowotworów i przeszczepialności raka, wypowiedziane na Zjeździe chirurgów w roku 1893 i 1894, w których na podstawie badań własnych wykazał, iż twory wewnątrzkomórkowe, spotykane w komórkach raka, posiadające znaczną różnorodność pod względem

kształtów, a opisywane i uważane za twory pasorzytnicze, mogą być wytworami komórek, przeobrażonemi krwinkami czerwonemi i białemi, spotykał je bowiem w różnych tkankach, chorobowo zmienionych, w sprawach chorobowych etyologicznie wyjaśnionych, a niemających nic wspólnego z rakiem, spotykanych w organizmach, w których nigdzie śladu raka niema. Morfologia wytworów chorobowych komórek nie jest dotąd dokładnie znana, a jako dowód tego i różnorodności postaci wytworów komórki przedkłada Browicz ryciny komórek wątrobnych z przypadków żółtaczki, powstałej na tle kamieni żółciowych. Twory te, leżące w cytoplazmie komórek wątrobnych, okazujące naturalne zabarwienie barwikiem żółci, powstały wskutek zatrzymania żółci w komórce wątrobnej i wykazują podobieństwo do komórek jądrzastych, drożdży pączkujących, tworów warstwowych, pęcherzyków zawierających ziarna różnego kształtu i wielkości. W komórkach wątrobnych spostrzegał Browicz także twory kuliste, odpowiadające ciałkom Russela, a powstałe z krwinek czerwonych, pochłoniętych przez komórkę.

Wówczas wypowiedział Browicz zdanie, iż różnorodne te twory, napotykane w komórkach raka, nie są pasorzytami, i że badania mikroskopowe nie dostarczyły dowodu pasorzytniczego pochodzenia raka, niemniej zaznaczył, iż przeszczepialność raka nie może służyć jako poparcie teoryi pasorzytniczej raka. Późniejsi badacze, nawet gorący zwolennicy teoryi pasorzytniczej raka, doszli również do tegożsamego przeświadczenia, czego dowodzi dyskusya w tej mierze na zeszłorocznym międzynarodowym Zjeździe w Paryżu. Komórki tkanek obdarzone są normalnie pewnym stopniem zdolności twórczej, nie przekraczającej jednak pewnej miary. Ażeby wrodzona komórkom zdolność twórcza mogła się objawić, muszą zajść pewne zmiany we wzajemnym stosunku komórek między sobą, w ich odżywieniu. W ten sposób działają wpływy zewnętrzne, czynniki mechaniczne, chemiczne, termiczne i t. d., odgrywające rolę niejako podniet, *causae occasionales*. Ażeby się w jakiemś miejscu wytworzyła, przerosła tkanka łączna, muszą te czynniki zadziałać. Nie mamy jednak żadnej wskazówki, a tem mniej dowodu na to, iżby te czynniki zewnętrzne mogły obdarzyć komórkę nadmierną zdolnością twórczą, przechodzącą na komórki potomne, dzielące się prawie w nieskończoność.

Rozsadnikami raka są komórki nabłonkowe, transportowane drogami limfatycznemi, krwionośnemi, wciskające się w otaczającą tkankę. Mamy więc zjawisko przeszczepiania się komórek, jako takich, nadających charakter histologiczny tkance nowotworowej, zjawisko przeszczepienia się komórek, w których tkwi pewien plan organizacyjny, bo w tem miejscu tworzy się tkanka o pewnem stałem grupowaniu się komórek nabłonkowych w stosunku do siebie samych, jakoteż do rozwijających się naczyń i tkanki łącznej.

Bardzo ważnym argumentem przeciwko teoryi pasorzytniczej raka, zdaniem Browicza, są prace Wilmsa, wskazujące, iż bez wszelkiego lub przynajmniej późniejszego udziału komórki plemnikowej może z komórki jajowej w pewnych warunkach wytworzyć się płodziak *(embryoma)* składu różnorodnego, złożony z komórek wszystkich listków płodowych w bezładnem ugrupowaniu, lub też z wytworzeniem się cząstek narządów. Do tego niejako dziewicorództwa *(parthenogenesis)* potrzeba działania jakiejś podniety, która umożebnia objawienie się twórczości komórek, ale nie udzielającej twórczości komórkom. Analogicznie i inne komórki w korzystniejszych warunkach odżywienia, po usunięciu pęt, tamujących objawienie się twórczości, rozmnażać się mogą w komórkach potomnych ponad miarę fizyologiczną, która to nadmierna zdolność twórcza tkwić już musi w komórce. Pierwotna heterotopia nowotworowych tkanek polegać może tylko na istnieniu z czasów rozwoju płodowego zawiązków, ognisk tych tkanek, na przemieszczeniu, nieładzie komórek iście zarodkowych w toku rozwoju tkanek organizmu płodowego. Pojawianie się różnych nowotworów lub też różnych odmian jednego nowotworu w jednym i tymsamym organizmie przemawia również za tem, iż w pewnych wrodzonych własnościach komórek tkwić może podstawa nowotworu, właściwa tylko pewnym organizmom, w przeciwnym razie wobec częstości, codzienności działania czynników zewnętrznych na tkanki byłyby nowotwory zjawiskiem powszednim. (Str. wł.).

Wehr w dłuższem przemówieniu zaznacza, iż w przeważnej części zgadza się z zapatrywaniami Kučery. Mniema jednak, a opiera się na spostrzeżeniach klinicznych, że w etyologii raków czynnik zakaźny odgrywa wybitną rolę. W tym kierunku badać trzeba dalej i dążyć do odkrycia rzeczywistej etyologii nowotworów złośliwych. Nie sądzi, aby uraz miał w tym kierunku jakiekolwiek znaczenie, tak dalece, że pytany w sądzie wykluczyłby stanowczo związek przyczynowy między urazem a nowotworem złośliwym. Może po odkryciu istotnej przyczyny raka uda się nam wynaleźć odpowiednie leczenie. Dotychczasowy sposób operacyjny leczenia nowotworów złośliwych jest nieodpowiedni, daje bowiem bardzo nieznaczny procent wyleczeń trwałych. Zniechęcony wynikami, operuje W. w praktyce tylko zupełnie świeże przypadki.

Klecki przypomina obecne badania nad cytotoksynami. W pewnych warunkach mogą w samym ustroju powstać t. zw. autotoksyny, które działając pobudzająco na komórki nabłonkowe, mogłyby wywołać ich wzrost nad miarę i w kierunkach nieprawidłowych, i w ten sposób możnaby tłómaczyć sobie powstawanie złośliwych nowotworów nabłonkowych.

Bogdanik przyjmuje pośredni przyczynowy związek między nowotworem złośliwym z jednej strony, a urazem z drugiej i to w tem znaczeniu, że pytany o to np. w sądzie przyznałby, że dany uraz mógł wśród innych okoliczności spowodować wzrost nowotworu złośliwego. Z praktyki własnej przytacza B. przykład 5-letniego chłopaka, który miał ten zwyczaj, że okolicą kości krzyżowej przy każdej nadarzonej sposobności uderzał o ścianę, o drzwi i t. d. i to tak silnie, że zawsze w okolicy tej stwierdzić można było sińce. Po pewnym czasie w okolicy tej wyrósł mięsak, i to bardzo złośliwy.

Kader polemizując z Wehrem sądzi, że operować się winno każdy przypadek raka, czy mięsaka, bez względu na rozległość jego, byle był jeszcze „*casus operabilis*“. Ogółem udaje się osiągnąć 4% trwałych wyleczeń we wszystkich rakach i mięsakach.

Rosner sądzi, że teorya pasorzytnicza w wielu razach zawodzi i zwraca uwagę między innymi na t. zw. *deciduoma*, t. j. bardzo złośliwą postać raka, rozwijającą się z resztek jaja płodowego, zatrzymanego w macicy, przyczem komórki pochodzenia płodowego wrastają w ustrój matki. Przypomina, że budowa histologiczna błony doczesnej niczem niemal nie różni się od mięsaka o olbrzymich komórkach.

Bar ą c z podobnie, jak Ruff i Bogdanik, uznaje związek przyczynowy między urazem a nowotworem złośliwym. Z własnej praktyki przytacza przykład chłopaka, u którego po odjęciu podudzia w miejscu ucisku szczudła powstał mięsak. I jego, podobnie jak Wehra, nie zadowalniają wyniki operacyjne w nowotworach złośliwych. Operuje tylko w samym początku cierpienia.

Rydygier przyznaje, że wyniki operacyjne co do trwałości wyleczenia w rakach i mięsakach nie są najlepsze. Zwraca jednak uwagę na to, że niektórzy operatorowie nawet w rakach macicy osiągali 50% trwałych wyleczeń. Trzeba jednak wcześnie i naprawdę doszczętnie operować. Usprawiedliwione są dążenia wyszukania jakiegoś środka, któryby dawał lepsze wyniki, obecnie jednak nad nóż lepszego niema.

Chlumsky stosował swego czasu w klinice Mikulicza u 15-tu chorych na raka pędzlowanie arszenikiem — stale jednak bez skutku.

Rydygier takiesamo spostrzeżenie zrobił w swej klinice.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

9. Docent A. Heveroch (Praga). **Przemijające ponapadowe porażenie poprzeczne u epileptyków.** Autor miał sposobność spostrzegać u trzech chorych na padaczkę po szeregu napadów, utratę odruchów i porażenie kończyn dolnych. Zachowanie się pni nerwowych przy ucisku, oddawanie moczu i kału zboczeń nie okazywały, jeden chory tylko skarżył się na bóle w kończynach. Dwóch z tych chorych umarło podczas napadów (jeden na porażenie serca, drugi na gruźlicę płuc), trzeci zaś przebywa obecnie już po raz czwarty porażenie obu kończyn dolnych, które za każdym razem trwało około miesiąca.

Badając rdzeń drobnowidowo znalazł H. w obu przypadkach zwyrodnienie komórek rogów przednich na wysokości 3—4 kręgu lędźwiowego (?), nadto w pierwszym przypadku także i przekrwienie.

W piśmiennictwie znalazł autor dotąd jeden tylko przypadek przemijającego porażenia kończyn po napadzie padaczkowym (Legrand du Saulle), inne zaś napozór podobne przypadki dotyczą albo padaczki Jacksona, albo innych chorób (pląsawicy t. zw. *paralityc chorea*, histeryi, wiądu rdzenia, porażenia postępującego, — moczówki, alkoholizmu).

Ciekawe są porażenia poprzeczne po uśpieniu chloroformowem, lub znieczuleniu kokainą (przy wstrzyknięciu pod opony [Je-

dlička]). Najciekawsze jednak w tym zakresie są napadowe porażenia rodzinne (Consot, Goldflam i t. d.).

10. Dr. O Kose (Praga). **O zmianach w krążeniu przy zatorach płucnych.** Dotąd nieznane są szczegółowo zmiany w krążeniu po zatorach tętnicy płucnej, jak również niewiadomo, w jaki właściwie sposób następuje w tych razach śmierć. Prelegent wprowadzał psom przez żyłę jarzmową *(vena jugularis)* do serca powietrze lub rozmaite ciała obce i badał zapomocą kimografu parcie krwi i zachowywanie się wszystkich narządów. Wynikiem badań tych jest zapatrywanie autora, iż ani niedostateczne napełnianie się naczyń wieńcowych krwią, ani rozszerzenie prawej komory, ani zatrucie kwasem węglowym nie są głównemi przyczynami powstrzymania krążenia krwi, jak dotąd nauczano, lecz przyczyna tkwi w utrudnionym odpływie krwi do komory lewej i wynikającem ztąd upośledzeniu jej czynności.

11. Prof. J. Kuffner (Praga). **Sprawozdanie o psychozach opilczych, spostrzeganych w klinice psychiatrycznej od 1895—1900 r.**

12. Dr. F. Formánek (Slaný). **Przyczynek do leczenia cholery azyatyckiej.** Dziś wprawdzie znamy już przyczynę cholery, znamy swoisty jej zarazek *(vibrio cholerae)*, ostateczny jednak rodzaj działania tego mikroba, skład jadów, przez niego wytwarzanych, pozostaje i nadal nieznany, a w leczeniu kierujemy się dotąd tylko pojedynczymi objawami.

Uderzające podobieństwo obrazu klinicznego cholery do zatrucia arszenikiem naprowadza na myśl, że istnieje pewne pokrewieństwo między przyrodą jadu (toksyny) cholerycznego i owemi truciznami, które wytwarzają się w ustroju przy zatruciu arszenikiem. Czyby więc, pyta prelegent, nie udało się zadziałać przeciwko jadom cholery w tensam sposób, jak przeciwko zatruciu arszenikiem? Z tego względu radzi autor w czasie epidemii cholery próbować podskórnych wstrzykiwań *ferrum oxydat. dialysat.* (5—10 ctm³) tembardziej, iż jest to zresztą, jak się sam przekonał, zabieg nieszkodliwy. Pewne poparcie swojego zapatrywania znajduje autor w kilku doświadczeniach na morskich świnkach: te zwierzęta, którym wstrzyknięto obok hodowli zarazka cholery wspomniany środek, dłużej pozostały przy życiu, niżeli zwierzęta w doświadczeniach porównawczych.

13. Dr. J. Pelnář (Praga). **Stosunek między zmianami postaciowemi i czynnością nerwów w okresie zapalnym.** Dotychczas w sprawie tej przyjmowano zapatrywania Erba i Ziemssena, według których przewodzenie w danym nerwie zależnem jest od utrzymania włókna osiowego, pobudliwość zaś elektryczna od stanu osłonki rdzennej. Mimo, że Erb stosował w swoich doświadczeniach tylko przecinanie nerwów, to jednak wnioski, z badań tych wysnute, uogólnia się dziś i rozciąga także na zapalenie nerwów.

Aby więcej zbliżyć się do obrazu klinicznego, starał się Pelnář przez wstrzykiwanie $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ ctm³ wyskoku 96% w udo żab (80 doświadczeń) wywołać „neuritis toxica", przyczem zwracał uwagę na zachowanie ruchów dowolnych i na pobudliwość elektryczną obnażonego nerwu kulszowego i obu *musc. gastrocnemii.* Nerwy wycięte badał sposobem Bethego (na włókienka w nitce osiowej), mięśnie utrwalał w sublimacie. W ten sposób rzeczywiście zdołał otrzymać obrazy makroskopowo (zgrubienie nerwów, zaczerwienienie) i drobnowidowo (przekrwienie, wybroczyny), daleko więcej zbliżające się do obrazu „zapalenia" nerwów, niżeli do „zwyrodnienia".

Co się tyczy zmian funkcyonalnych, to autor stwierdził 10 razy zupełną utratę pobudliwości elektrycznej po stronie uszkodzonej. Na te 10 razy 6 razy równocześnie utrzymane były ruchy dowolne w chorej kończynie, czyli stwierdzono ogólnie znaną t. zw. dysocyacyę pobudliwości. Zmiany histologiczne jednak nie odpowiadały w tych ostatnich przypadkach wcale zapatrywaniom Erba. Bo pomimo tego, iż pobudliwość elektryczna była w odnośnych nerwach zupełnie zniesioną, (według Erba), powinnaby więc być zniszczona osłonka rdzenna, to oprócz włókien w całości zwyrodniałych, znajdował P. inne, całkowicie zachowane wraz z osłonką i wybornie utrzymaną budową włókienkową. Liczba tych włókien z zachowanemi osłonkami wcale nie była tak małą, aby można przypuszczać, że nie wystarcza ona na oddziałanie na bodziec elektryczny.

Natomiast zwrócił autor uwagę na inną ciekawą okoliczność, która jego zdaniem tłómaczy ową dysocyacyę, mianowicie na rozmieszczenie włókien zwyrodniałych i włókien zachowanych. W przypadkach, gdzie brak było pobudliwości elektrycznej, włókna zwyrodniałe zajmowały warstwy obwodowe nerwu, z któremi oczywiście przedewszystkiem stykały się elektrody; na utrzymanie przewodnictwa samodzielnego zaś wystarczała zachowana wiązka włókien w środku nerwu.

Ostateczny więc wynik badań autora, który on ogranicza tymczasem tylko do zapalenia nerwu po wstrzyknięciu wyskoku brzmi, iż przewodnictwo zależnem jest od ilości pozostałych nieuszkodzonych włókien, zaś stopień pobudliwości elektrycznej od stanu włókien, stykających się z elektrodami.

14. Dr. O. Kodym (Praga). **O rokowaniu w gruźlicy.** Podstawą tego referatu jest statystyka z 228 przypadków gruźlicy, spostrzeganych w czeskiej poliklinice (prof. Thomayer). Chorzy ci podlegali stałemu spostrzeganiu przez rok, lub przynajmniej wystarano się po upływie tego czasu o dokładne lekarskie sprawdzenie ich stanu. Z liczby tej w przeciągu jednego roku umarło 35·5%, pogorszyło się 21·5%, na tymsamym stopniu rozwoju pozostało 23·2%, poprawiło się lub wyzdrowiało 19·7%.

Przebieg choroby zależał przedewszystkiem od rozwoju zmian w płucach i tak: z 81 przypadków poczynającej się gruźlicy umarło 1·2%, podczas gdy na 72 przypadków gruźlicy już rozwiniętej 64% skończyło się w przeciągu tego jednego roku śmiercią, a tylko 5·5% doznało poprawy. Ważnym czynnikiem w rokowaniu jest gorączka (z gorączkujących zmarło 50%, z przypadków bez gorączki tylko 12%). Dalej rokowanie mąci przyspieszenie tętna: między zmarłymi naliczył autor 83% takich, u których za życia tętno przekraczało 100 na min. Bezwzględnie niekorzystnego znaczenia jednak objaw ten niema. Oprócz wyliczonych objawów zmniejszanie się wagi ciała, niedokrewność, poty należą do zwiastunów niekorzystnych. Podobnie i odczyn diazowy, białkomocz i krwotoki płucne. Z powikłań najniekorzystniejszą jest gruźlica krtani (przeszło 50% umiera), otrzewnej i kiszek (wszystkie przypadki skończyły się śmiercią).

Dziedziczność niema znaczenia w rokowaniu. Co się tyczy wieku, to choroba do 30-go i po 50-tym roku przebiegała gorzej, niż od 30-go do 50-go. Przebieg gruźlicy u chorych wiejskich nie różnił się od przebiegu u chorych z Pragi.

Bezwzględnie stanowczych danych dla rokowania w gruźlicy niema, i tylko wszystkie okoliczności i objawy, razem wzięte, rozstrzygają o dalszym przebiegu.

W dyskusyi zaznaczył prof. Thomayer, iż z statystyki tej nie nabiera się przekonania — iż gruźlica jednak gorzej przebiega, aniżeli odnosi się wrażenie bez dokładnego zestawienia — wobec tego, iż dotyczy statystyka ta wyłącznie chorych przychodnich, i rozciąga się tylko na przeciąg jednego roku.

15. Docent K. Švehla (Praga). **Stosunek zołzów do gruźlicy.** Pomimo ogólnego prawie przekonania (szczególnie u patologów), iż zołzy należy zaliczyć do gruźlicy, sądzi prelegent, że istnieją choroby, dające się rozpoznawać klinicznie, jako zołzy, w których nie można wykazać prątków gruźliczych, lecz inne mikroby (kokki), a dalej, że samem działaniem prątków gruźliczych nie można wytłómaczyć całego szeregu zjawisk, właściwych zołzom: pojawianie się zołzów przeważnie u dzieci, uogólnianie się tej sprawy, uporczywość i łatwe nawroty choroby, znikanie objawów w okresie dojrzałości.

Autor więc jest przekonanym, iż przy usunięciu słowa „zołzy" (*scrophulosis*) samej sprawy usunąć niepodobna, i że istnieć ona dalej będzie, jako choroba osobna, pod innem nazwiskiem (n. p. »*status lymphaticus*« Paltauf, Kundrat). Zołzy według niego nie są gruźlicą młodych lat, lecz odrębnem zboczeniem ustroju, objawiającem się nader wielką wrażliwością tkanek, wskutek czego już w następstwie najdrobniejszych bodźców powstają długotrwałe sprawy zapalne z małą skłonnością do gojenia się, a wielką do nawrotów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 1 sierpnia.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Uprzejmie donoszę Szanownej Redakcyi wskutek uwagi, jaką znajduję w Nr. 30 »Przeglądu lekarskiego«, a dotyczącej wezwania prof. Hlavy do utworzenia komitetu czeskiego dla XIV kongresu międzynarodowego lekarskiego, że i ja listem, datowanym 1 Lipca, podobne odebrałem wezwanie od przewodn. komitetu kongresowego prof. Juliana Calleji i Dr. Fern. Caro do utworzenia komitetu narodowego polskiego. Wezwanie przyjąłem, a do utworzenia komitetu przystąpię po wakacyach. *Prof. Dr. B. Wicherkiewicz.*

— Dyrektor zakładu leczniczego w Nałęczowie, kol. Puławski, przesłał nam następujące pismo:

Przy blizkiem już przejściu spółki udziałowej zakładu leczniczego Nałęczowskiego na towarzystwo akcyjne, zamierzonem jest powiększenie kapitału spółki przez wypuszczenie większej liczby 250-rublowych akcyj. Chociaż dopiero 10 akcyj daje prawo głosu, jednak i właściciele pojedynczych akcyj uczestniczą w zebraniach, a łącząc się

zyskują na każde 10 akcyj głos dla jednego z pośród siebie. Dla rozwoju zakładu szczególnie pożądani są akcyonaryusze lekarze, którym leży na sercu rozwój naszych miejscowości leczniczych, mających po temu odpowiednie warunki. Dla tego właśnie zawiadamiam uprzejmie o przyjmowaniu zapisów na akcye w kancelaryi zakładu. Przy zapisie pobiera się 10% deklarowanej kwoty, jako zaliczkę, zapewniając od niej 5 procent do chwili doręczenia akcyj. Bliższych wiadomości udziela kancelarya zakładu lub niżej podpisany.

Nałęczów w Lipcu 1901 r. *A. Puławski.*

— Niezwykłego rozgłosu nabrał w ubiegłym tygodniu w całym świecie, dzięki prasie codziennej, wykład Kocha na zjeździe w sprawie zwalczania gruźlicy w Londynie. W wykładzie tym jedno jest twierdzenie nowe i nieoczekiwane, a ze wszech miar ważne: oto, że mylono się, uważając perlicę bydła rogatego i gruźlicę ludzką za jedno i tosamo, że są to dwie sprawy pokrewne, ale odrębne. Zapomocą prątka gruźlicy ludzkiej nie zdołał Koch u bydła wywołać gruźlicy, z czego, jak i z innych jeszcze danych wnosi, że i odwrotnie, gruźlica bydła nie przenosi się na ludzi. Nawet stanowcze stwierdzenie pierwszego faktu nie zdaje się jednakże uprawniać do drugiego przypuszczenia. Toteż twierdzenie to Kocha spotkało się natychmiast bądź z wyraźnemi zaprzeczeniami, bądź z poważnemi zastrzeżeniami ze strony badaczy, w których przedmiotowość, ani znajomość rzeczy wątpić nie można. Mimowolnie przypomina się z tego powodu historya tuberkuliny, której odkryciu towarzyszył podobny, przedewszystkiem dziennikarski rozgłos i co do której odrazu i zbyt pochopnie zajęli zarówno przeciwnicy, jak i sam wynalazca stanowisko zbyt skrajne. Mimowolnie też nasuwa się pytanie, czy i teraz nie wystąpiono z rzeczą przedwcześnie, a to tem więcej, że gdyby sprawdziły się twierdzenia Kocha, następstwem byłby przewrót w pojęciach i w postępowaniu praktycznem i osądzenie wyłożonych w ostatnich latach pracy i środków za poniekąd stracone. Przed ogłoszeniem jednak szczegółowego sprawozdania Kocha nie można nawet ocenić, czy wogóle oparł on swe twierdzenia na wystarczającej podstawie doświadczalnej, czy badania jego były dość obszerne i dokładne, aby mógł rzucić w świat śmiały swój pogląd. Na sprawdzenie zaś tych twierdzeń trzeba będzie w każdym razie wytrwałej pracy, podjętej na szerokie rozmiary z pomocą rządów, gdyż nie wystarczą tu środki prywatne, a sprawa cała wiąże się ściśle z żywotnemi zagadnieniami ekonomicznemi społeczeństw. Z tego też względu byłoby rzeczą pożądaną, aby dzienniki, które wykładowi Kocha nadały tak znaczny rozgłos, wyjaśniły teraz swym czytelnikom, iż jak na dziś twierdzenia Kocha są jedynie hasłem do nowych badań i dociekań, a na ostateczny wyrok nauki cierpliwie lat kilka, a może kilkanaście czekać jeszcze wypadnie.

— Na ogólnych posiedzeniach 73 go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu (22 do 28 września 1901) wykładać będą: Lecher: O odkrytych przez Hertza falach elektrycznych; Hofmeister: O chemii komórki; Boveri: O sprawie zapłodnienia; Curschmann: Medycyna a żegluga; Nernst: Znaczenie elektrycznych teoryj i sposobów dla chemii; Reinke: Siły przyrody działające w ustrojach. Na posiedzeniu wszystkich sekcyj będą przemawiać w sprawie rozwoju atomistyki (jony i elektrony), jako sprawozdawcy: Kaufmann, Geitel, Paul i His jun.

— We wrześniu b. r. odbyć się ma Zjazd..... partaczy lekarskich w Niemczech. Głównym celem Zjazdu jest zapobiedz zakazowi »praktyki«, który mają władze niemieckie podobno nakoniec wydać.

— Rząd francuski wysłał wyprawę naukową dla zbadania febry żółtej do Rio de Janeiro, powierzając kierownictwo wyprawy Instytutowi Pasteura.

— W Baden-Baden mają odbywać się kursa balneologiczne dla lekarzy.

— W Bernie słuchaczki medycyny przeważają obecnie liczebnie nad słuchaczami (190:174); w Genewie prawie im dorównują (168:183); zato w Bazylei liczy wydział lekarski tylko 4 słuchaczki. W Niemczech kształci się w tym dziale obecnie 95 kobiet.

— Wakuje katedra anatomii patologicznej w uniwersytecie w Sydney. Roczna płaca wynosi 18.000 marek; po 20 latach emerytura 8.000 mk. rocznie. Na koszta podróży przeznaczono 2.000 mk. Podania wnosić należy do 14 września b. r. do generalnego Agenta Nowej południowej Walii. Londyn SW. Victoriastreet 9.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 29: Pechkranz: Przyczynek do nauki o kostniejącem zapaleniu mięśni. Zalewski: O leczeniu polipów usznych. Nr. 30: Sterling W.: Mięsak rozlany serca, nerek i gruczołu krokowego. Zalewski: O leczeniu polipów usznych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 30: Kraushar: O stosowaniu intubacyi w błonicy krtani w praktyce prywatnej. Orłowski: Przypadek bezpośredniego zranienia mostu Varola przy nieuszkodzonej czaszce (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Ser. XIII. Z. 4. Ahlfeld: Pochodzenie, zapobieganie i leczenie eklampsyi (tłóm. Zweigbaum).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30: Kukula: O autointoxikacích při occlusich střevnich. Sitta: Příspěvek ku histopathologii systemu nervového. »Beri-beri«.

— *La Presse médicale* Nr. 59: Chauffard i Gouraud: Globulinurya z galaretowaceniem moczu za dodaniem kw. octowego. Hartmann: Postępowanie wobec ciał obcych w cewce moczowej.

— *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 30: Donath i Landsteiner: O surowicach antylitycznych. Karajan: Przyczynki do patologii przewodu pępkowego i uchyłku Meckela. Chiari: Choroba aktora Krastla.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30: de la Camp: Kwas chinowy a dna. Hensay: O ptyalinowem trawieniu węglowodanów w żołądku. Ad. Schmitt: O operacyach brzusznych bez uśpienia. Torggler: Przyczynek do łagodzącego leczenia raków macicy, nie nadających się do operacyi. Grünwald: W sprawie powstawania i leczenia ropówek *(phlegmone)* gardła. Gerson: Opaska przylepcowa w mniejszych opatrunkach ran. Seggel-Eversbusch: Oświetlanie zakładów wychowawczych i t. d.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30: Ebstein: Badanie odbytnicy od zewnątrz i jego zastosowanie lecznicze. Völcker: Istota Schüllerowskich pasorzytów rakowych. Pförringer: Mydło wyskokowo-pumeksowe w stanie stałym jako środek odkażający skórę i ręce. Uhlenhuth: Dalsze wiadomości o praktycznem zastósowaniu mojego sposobu wykrycia krwi ludzkiej i zwierzęcej. Kurth: O durowatych zachorowaniach, wywołanych przez dotychczas nieopisany prątek *(Bacillus bremensis febris gastricae).* Blumenthal: Przyrząd do pasteryzowania mleka w domu (dok.). Hoppe: O mnogich wybroczynach na twarzy i na spojówkach.

Redakcya otrzymała: Wydawnictwa czeskiej Akademii Umiejętności: 1) Velich: Pokusy o působeni štávy nadledvinkové a piperidina na cévstvo při zánětu a jiných pathologických pochodech. 2) Štolc: O zaživáni a tvoženi se uhlohydratů u pelomyxa palustris. 3) Stych: Stavy dušeni se z nadbytku kysličniku uhličitého a z nedostatku kysliku. 4) Weigner: Nervus acusticus, n. facialis a n. intermedius. 5) Formánek: O působeni chloridu mono- -di- a trimethylaminu na oběh krevni. 6) Srdinko: Přispevek k'poznáni vývinu nadledviny u amphibii. 7) Haškovec: O učinku štavy thyreoidalni na ústředni civstvo. 8) Haškovec: O učinku alkoholu na srdce a oběh krevni. 9) Hnátek: Reflex gastrolienalni.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**